

В.Г.Ротштейн, М.Н.Богдан

при участии

С.А.Долгова, Н.В.Клипининой и А.Е.Хаин

ОСНОВЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ГРАМОТНОСТИ

Методическое пособие для преподавателей

• ПРЕДИСЛОВИЕ	3
• ВВЕДЕНИЕ	4
..... ГЛАВА 1. ВВОДНОЕ ЗАНЯТИЕ	6
• ГЛАВА 2. НЕМНОГО ИСТОРИИ	8
• ГЛАВА 3. БОЛЕЗНЬ.....	14
• ГЛАВА 4. ШИЗОФРЕНИЯ И БЛИЗКИЕ К НЕЙ РАССТРОЙСТВА	19
• ГЛАВА 5. АФФЕКТИВНЫЕ И НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	25
• ГЛАВА 6. ЭКЗОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	29
• ГЛАВА 7. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	32
• ГЛАВА 8. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	36
• ГЛАВА 9. СТИГМА.....	44
• ГЛАВА 10. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ.....	48
• ГЛАВА 11. ГРУППЫ ВЗАИМНОЙ ПОДДЕРЖКИ	51
• ГЛАВА 12. ЖИЗНЬ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	62
• ГЛАВА 13. ЗАКОН ЕСТЬ ЗАКОН.	66
• ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	69
• РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	71
• ПРИЛОЖЕНИЯ:.....	72
Приложение 1. Игры и упражнения	72
Приложение 2. Текст Закона о психиатрической помощи.....	73
Приложение 3. Список ассоциаций, работающих в области психического здоровья.....	92
Приложение 4 Полезные ссылки	92

Предисловие



Дорогой читатель,

судя по тому, что Вы держите в руках эту книжку, Вы — активный участник общественного движения в области психического здоровья. Поскольку книжка написана в помощь преподавателям психиатрической грамотности, возможно, Вы решили посвятить часть своего времени этой работе.

Если это так, то, во-первых, позвольте выразить Вам глубокое уважение и признательность. Психиатрическая грамотность заметно повышает качество жизни больных и их родственников, и усилия преподавателя могут существенно помочь нескольким десяткам человек в год.

Во-вторых, хочется предупредить Вас, что преподавание психиатрической грамотности — тяжелая работа. Она требует душевного напряжения, доброты и терпения, умения видеть в людях достоинства и не замечать недостатков. Она не терпит фальши и требует безусловной искренности и открытости. Она требует знаний и — одновременно с этим — понимания, что наши знания неполны и несовершенны. Она требует готовности обсуждать любые проблемы, поставленные учащимися, помня при этом, что преподаватель — не маг и не волшебник, что у него нет готовых рецептов решения этих проблем. Поэтому преподаватель обязан воздерживаться от того, чтобы давать советы, хотя слушатели могут ждать их от него.

В-третьих, пожалуйста, всегда помните, что Ваша главная цель — привить Вашим ученикам вкус к приобретению знаний и участию в общественной жизни. Те знания, которые Вы успеете им дать за сравнительно короткий курс занятий, — на самом деле крохи, начальные ступени длиннейшей лестницы, по которой им предстоит пройти, и Ваша задача — *добиться, чтобы они захотели идти по этой лестнице*. Поэтому не огорчайтесь, если в конце курса окажется, что слушатели путаются в медицинских терминах или названиях лекарств. Если они решили после окончания цикла не расставаться, а продолжать поддерживать друг друга, — Ваша цель достигнута; когда понадобится, они разберутся и в терминологии, и в лекарствах.

Психиатрическая грамотность помогает решить очень много проблем, с которыми сталкиваются и сами больные, и их родственники. Но главное — она помогает им занять конструктивную жизненную позицию, чтобы, несмотря на горе, которое все они испытывают, их реакция проявлялась бы не в потоке жалоб, а в поиске (вопреки болезни!) организации достойной жизни для всей семьи, — и для больных ее членов, и для здоровых.

Все занятия рекомендуется проводить в форме открытых семинаров, а не лекций. Каждый раз преподаватель задает основную тему и предлагает слушателям высказаться по этому поводу. Таким способом выясняются те аспекты темы, которые, будучи важными объективно, являются наиболее актуальными для большинства слушателей. В основной части занятия обсуждаются именно эти аспекты. Преподаватель стремится поддерживать максимальную активность слушателей, поощряя их выступления. Однако не следует допускать отклонений от обсуждаемой темы и чересчур пространных выступлений. Иногда полезно в самом начале (когда слушателей знакомят с общими правилами проведения занятий) ввести определенный регламент и договориться о процедуре контроля времени. Можно, например, использовать песочные часы, предложив выступающему самому следить за ними.

Важнейшей методической задачей преподавателя является направлять обсуждение таким образом, чтобы желаемые выводы представлялись слушателям результатом дискуссии, а не тезисом, который им надлежит просто заучить. В конце каждого семинара слушателям предлагается рассказать о своих впечатлениях, высказать замечания и пожелания.

Предлагаемое пособие написано на основе многолетнего опыта преподавания психиатрической грамотности разным группам так называемых потребителей психиатрической помощи — больным, их родственникам, а также смешанным группам, в которых занимались те и другие вместе. Сведения, касающиеся клинической психиатрии (представление о симптоме, синдроме и болезни, об основных закономерностях течения психических расстройств, о психиатрической нозологии и т.п.), базируются на клинических воззрениях отечественной психиатрической школы, основанной А.В.Снежневским. В изложении многих социальных аспектов психиатрии (в особенности тех, которые касаются общественного движения) использован опыт, накопленный международной общественной организацией GAMIAN-Europe.

Введение.

Примерно три миллиона жителей России лечатся в психиатрических больницах и диспансерах. У каждого из них есть родные — родители, супруги, дети. Конечно, поголовно всех этих людей пересчитать невозможно, но если допустить, что у каждого пациента есть хотя бы три близких родственника, то получится, что общее их число составляет 9 миллионов. Излишне объяснять, что члены семей больных тоже страдают и испытывают множество трудностей, связанных с болезнью. Они содержат больных, контролируют прием лекарств, наблюдают за их состоянием, навещают их в больнице, беседуют с врачами. Таким образом, по скромным подсчетам, примерно 12 миллионов наших соотечественников постоянно имеют дело с системой психиатрической помощи и, таким образом, являются ее «потребителями».

Следует заметить, что произведенный только что подсчет действительно очень и очень скромный. И дело даже не в том, что у человека обычно бывает больше трех родственников. Главное, что цифра 3000000 касается только тех больных, которые лечатся в государственных психиатрических учреждениях. Но ведь в наше время очень много людей лечится в частных клиниках, медицинских центрах и просто у частнопрактикующих врачей. Сведения об этих людях в официальную статистику не попадают, и число их, таким образом, неизвестно.

Исследователи выполнили множество работ, в которых делались попытки определить, сколько же всего людей страдает психическими расстройствами и сколько из них нуждается в помощи. Теоретические подсчеты обычно основаны на поголовном обследовании сравнительно небольших, но тщательно сформированных групп населения, отобранных таким образом, чтобы полученные данные можно было распространить на население города, региона или страны в целом. Все авторы, несмотря на то, что работали в разных странах и использовали разные методики, пришли к очень близким результатам. Получается, что число лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, составляет примерно 15% населения. Если это так, то в России их примерно 20 миллионов, и у них (придерживаясь принятого выше допущения) — примерно 60 миллионов родственников.

80 000 000 человек... Это больше, чем полстраны. Таков масштаб проблемы. Вот сколько людей испытывают бремя, связанное с нарушениями психического здоровья.

Понять, в чем заключается это бремя, тоже помогают цифры.

Отечественный исследователь А.С.Киселев установил, что средняя продолжительность жизни психически здорового человека составляет 71,4 года, а средняя продолжительность жизни психически больного — 57,8 года. Американский ученый B.Rorsman показал, что психически больные умирают от сердечно-сосудистых заболе-

ваний в два раза чаще, чем население в целом, от болезней органов дыхания — в четыре раза с половиной чаще, от травм и отравлений — в четыре раза чаще.

В структуре причин инвалидности психические заболевания занимают четвертое место, уступая лишь сердечно-сосудистым заболеваниям, злокачественным новообразованиям и травмам. Однако по длительности срока инвалидности психические заболевания занимают первое место. Большинство психически больных, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25% в возрасте до 29 лет, 70% — до 40 лет). Почти 95% инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно. К тому же инвалидность по психическим заболеваниям характеризуется значительной тяжестью: 94,2% психически больных инвалидов имеют I или II группу.

Расчеты, проведенные американскими экономистами A.Rupp и M.Moscarelli, показали, что экономический ущерб, который терпит общество от психических заболеваний, не уступает экономическому бремени от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Так, суммарные затраты, понесенные США в связи с психическими заболеваниями, составили в 1990 г. 148 миллиардов долларов, в связи с сердечно-сосудистыми заболеваниями — 160 миллиардов долларов, в связи с онкологическими заболеваниями — 96 миллиардов долларов.

Ущерб от психических заболеваний не исчерпывается демографическими и экономическими последствиями на макросоциальном уровне. Ущерб на уровне семей и ближайшего окружения больных огромен. Качество жизни всех этих людей страдает очень сильно. По данным Т.А.Солохиной, которая провела опрос родственников психически больных, большинство из них (75%) скрывают факт психического заболевания в семье, потому что если это становится известным, семья подвергается социальной дискриминации. Около половины опрошенных родственников указали, что их собственное физическое здоровье существенно ухудшилось после возникновения психического расстройства у одного из членов семьи. Две трети опрошенных ощущают в связи с этим серьезный финансовый дефицит. Только 30% опрошенных продолжали поддерживать отношения с друзьями и родственниками, бывать в театрах и т.д.; у всех остальных социальные контакты резко ограничились. Многие указали, что не смогли реализовать себя в профессиональной карьере из-за болезни родственника. Практически все родственники больных ощущают на себе тяжесть ответственности за их судьбу. Более 50% опрошенных испытывают чувство одиночества, подавленности, страха за будущее больного («когда нас не станет»).

Наличие в семье психически больного часто нарушает семейные взаимоотношения. Почти все те, у кого семейные отношения были нарушены, считают, что на стабильность их семей повлияла болезнь родственника. Формирование собственных семей больных затруднено: шансы вступления в брак у больных шизофренией снижены (по сравнению с общим населением) больше, чем в три раза. Так, доля больных шизофренией женщин, не вступивших в брак к 50 годам, равна 16,9% (в населении соответствующий показатель составляет около 5%). Кроме того, семьи больных шизофренией оказываются менее прочными: среди них доля разведенных в 2,5 раза выше, чем в населении. Почти половина (49%) женщин, больных шизофренией, остаются бездетными (в населении соответствующий показатель составляет 11,2%).

Гарантированные законом виды психиатрической помощи и социальной защиты психически больных обеспечиваются далеко не всегда. Так, практически отсутствуют организационные формы, предназначенные для реабилитации больных. Явно недостаточны меры, направленные на то, чтобы стимулировать работодателей предоставлять работу лицам с психическими расстройствами.

Хорошо известно, что в обществе господствует негативное представление о психически больных. Для выяснения деталей НЦПЗ РАМН в сотрудничестве с Институтом социологии АН РФ провели масштабное социологическое исследование. При-

мечательно, что отношение к больному со стороны «человека с улицы» оказалось противоречивым. Характер ответов респондентов зависел от того, как формулировался вопрос: имелось ли в виду отношение к больным «вообще» или моделировалась конкретная ситуация, в которой предполагалось участие респондента. В первом случае большинство опрошенных выразило сочувственное отношение к больным: говорили, что эти люди нуждаются в помощи, заботе и т.д. Однако при моделировании конкретных ситуаций оказалось, что никто из респондентов не готов иметь какие-либо контакты с больными. Общий смысл ответов на вопросы такого рода состоял в том, что «от больного лучше держаться подальше». Эта тенденция определяется тем, что, судя по ответам респондентов, психически больной в общественном сознании — это человек «непредсказуемый», «опасный», «от которого всего можно ожидать».

Именно из этого стереотипа вытекает множество тяжелых социально-психологических последствий, как для самих больных, так и для членов их семей.

Согласно позиции ВОЗ, основная цель здравоохранения (как и других социальных институтов) в конечном итоге заключается в повышении качества жизни населения. С этой точки зрения приоритетность мер, направленных на борьбу с теми или иными нарушениями здоровья, должна оцениваться по масштабу их негативного воздействия на качество жизни. Все изложенные данные говорят о том, что негативное воздействие нарушений психического здоровья вполне сопоставимо с такими заболеваниями, как сердечно-сосудистые или онкологические.

Для смягчения бремени, создаваемого психическими расстройствами, необходимы усилия всего общества — как государственных, так и общественных структур. Чем выше будет качество жизни больных и их семей, тем лучше будем жить мы все.



Глава 1. Вводное занятие

Оно имеет две темы:

1. «Давайте знакомиться»
2. «Зачем нужна психиатрическая грамотность»

1. Рекомендуется начать первое занятие с опроса слушателей, цель которого — выяснить, каковы их ожидания, что они рассчитывают получить, пройдя курс психиатрической грамотности. Преподаватель должен не только учитывать (записывать!) пожелания, чтобы удовлетворить в дальнейшем наиболее важные из них, но и комментировать высказывания слушателей, сразу отсекая несбыточные ожидания.

Не только на вводном занятии, но и на протяжении всего цикла следует прилагать усилия, чтобы создать благоприятную атмосферу в аудитории, сплотить слушателей, дать им возможность откровенно высказываться. Для этого нужно, чтобы они, во-первых, как можно скорее познакомились и знакомились все ближе в дальнейшем, и, во-вторых, чтобы слушатели чувствовали себя в безопасности. И то, и другое обеспечивается специальными мерами. Для ускорения знакомства и создания непринужденной обстановки используются упражнения типа «растопите лед», «поймай мое имя» и т.п. — по усмотрению преподавателя¹. Для организации всего процесса обучения и создания чувства безопасности слушателей на первом же занятии вводятся общие правила их проведения (частота, место, время и т.д.) Поскольку слушатели еще совершенно не готовы к обсуждению правил, преподаватель формулирует их сам, но предупреждает, что при необходимости в дальнейшем с общего согласия эти правила могут быть изменены и дополнены.

Примерные правила:

1. Занятия проводятся раз в неделю, по понедельникам, с 18 до 20 часов
2. Опоздания больше чем на 15 минут не допускаются.

¹ Описание игр и упражнений см. в «Приложении»

3. После 3-го занятия новички не принимаются, поскольку им уже не догнать группу.
4. Все члены группы должны заботиться о том, чтобы каждый, кто хочет высказаться, имел эту возможность.
5. Личные проблемы членов группы без их согласия не должны обсуждаться за ее пределами.
6. Все члены группы равноправны, терпимо и благожелательно относятся друг к другу.

Разумеется, первые три пункта могут быть изменены в соответствии с конкретными условиями работы. Пункты 4-6 обязательны, они могут быть изложены в другой редакции, но смысл их должен быть сохранен. В дополнение к пункту 4 могут быть введены процедуры, ограничивающие время выступления учащихся. Пункты 5 и 6 касаются соответственно принципа конфиденциальности (запрет без разрешения обсуждать личные истории, услышанные в группе, где-либо за ее пределами) и взаимной доброжелательности (запрещена критика личных качеств участников).

2. Сведения, содержащиеся в данном разделе, могут быть использованы на вводном занятии для того, чтобы мотивировать слушателей к приобретению знаний. Мотивировка слушателей — центральная задача первого занятия. Не рекомендуется ограничиваться примерами, приведенными в данном тексте. Преподаватель должен использовать свой собственный опыт, и чем шире он его использует, тем лучше.

В 2001 году в 11 странах Европы (в том числе и в России) был проведен опрос лиц, страдающих так называемым биполярным аффективным расстройством. Анкету, содержащую 93 вопроса, заполнило в общей сложности 1732 человека. Благодаря их ответам удалось получить очень много важной информации². В частности, в анкете был вопрос о том, насколько респонденты довольны результатами своего лечения. Оказалось, что ответы «доволен», «вполне доволен» и «очень доволен» в Западной Европе дали в сумме почти 2/3 опрошенных, а в России — только 1/3. С другой стороны, оказалось, что 33% пациентов, живущих в странах Западной Европы, принимали участие в образовательных программах. В России таких оказалось только 5,5%.

О том, насколько тесно связаны эти данные, можно судить по другому исследованию, проведенному в 2004 году Научным центром психического здоровья РАМН. Цель этого исследования заключалась в том, чтобы выяснить, насколько аккуратно пациенты психиатрических учреждений принимают назначенные им лекарства. Об этом спрашивали, во-первых, подряд всех больных, которые ждали приема в нескольких психоневрологических диспансерах. Во-вторых, этот же вопрос задавали участникам групп взаимной поддержки; все они проходили курсы психиатрической грамотности и были очень образованными в области своей болезни. Исследователи, естественно, ожидали, что «комплаентность» (так называется мера аккуратности пациента в выполнении назначенного лечения) окажется выше в этой последней группе. Каково же было их изумление, когда оказалось, что в первой группе 83,7% опрошенных заявили, что строго выполняют врачебные назначения, а среди участников групп взаимной поддержки таких нашлось всего 63,9%.

Недоумение разрешилось путем дополнительных расспросов. Оказалось, что все очень просто: участники групп взаимной поддержки были честны, а остальные, мягко говоря, несколько приукрашивали свою педантичность.

Честность, прямота и открытость в беседах врача и пациента — фундамент так называемых партнерских отношений между ними. Уже давно доказано, что подобные отношения многократно повышают эффективность лечения любых болезней, психиче-

² На сайте РОО «Общественные инициативы в психиатрии» можно ознакомиться с подробными результатами этого опроса (www.pandepress.ru/files_pdf_ppt/beam_r.ppt)

ских в том числе. Поэтому вовсе не случайно, что в тех странах, где каждый третий пациент участвовал в образовательных программах, число тех, кто доволен результатами лечения, оказалось вдвое больше, чем у нас.

Всемирная Организация Здравоохранения уже много лет призывает врачей и больных к партнерству. Во многих странах (в нашей тоже) законы, касающиеся медицины в целом и психиатрии в частности, требуют партнерства. Для этого, в числе прочих мер, предлагается, чтобы пациент был полностью информирован о своем диагнозе и о предлагаемом ему лечении.

Но партнерства нельзя достичь одними только административными мерами. Да, Закон требует от психиатра, чтобы он информировал пациента о его болезни («в доступной для него форме»). Но попробуем представить себе, что человек, впервые пришедший на прием, изложивший свои проблемы и получивший рецепт, перед уходом благодарит врача и спрашивает, какой у него диагноз. «Шизофрения», — отвечает доктор. Что произойдет?... Лучше не продолжать.

Для совершенно несведущего в психиатрии человека такой диагноз равноценен приговору. Никакой «доступной формы», в которой можно безболезненно сообщить ему, что он болен шизофренией, попросту не существует. Можно было бы, конечно, прочесть ему сначала парочку лекций, но у какого же врача найдется на это время? Да и не все врачи умеют читать лекции...

Никакое партнерство невозможно, если один из партнеров ничего не понимает в общем деле. Пусть он будет не равноправным, а младшим партнером, но все равно что-то он понимать в этом деле должен. И чем больше, тем лучше. Партнерство между врачом и пациентом — не исключение.

Нигде, ни в одной стране мира государственная система психиатрической помощи не способна (да и не должна) решить проблему психиатрического образования больных и членов их семей. Это делают общественные организации. Чем успешнее они работают, тем больше приближаются к истинному партнерству отношения между профессионалами и потребителями помощи, тем лучше результаты лечения, тем продуктивнее взаимоотношения внутри семей, где есть больные, тем выше, в конечном итоге, качество жизни всех людей, которым так или иначе пришлось столкнуться с вопросами поддержки психического здоровья.

Глава 2. Немного истории

Задача данного занятия состоит в том, чтобы у слушателей сформировался более оптимистический взгляд на возможности современной психиатрии. Правда заключается в том, что психиатры, конечно, могут не все, но, по сравнению с недавним прошлым, прогресс несомненен. Это внушает надежду, особенно если учесть, что идет постоянный поиск все новых, более совершенных, более эффективных и более безопасных лекарств.

И в художественной литературе, и в повседневности старики жалуются на то, что жизнь слишком коротка. Однако с другой стороны, попытавшись оценить перемены, которые происходят на протяжении одной человеческой жизни, поражаешься тому, насколько она длинна.

В начале своей профессиональной карьеры психиатры старшего поколения и в страшном сне не могли вообразить никакого партнерства между ними и их пациентами. Это зависело вовсе не от того, что они — психиатры — были вовсе уж неразумными; **просто пациенты были совершенно другие.**

Абсолютное большинство пациентов психиатрических учреждений середины XX века составляли больные в состоянии тяжелого психоза, и цель лечения состояла вовсе не в «улучшении качества их жизни» (тогда и терминологии такой не существо-

вало), а в том, чтобы дать больному возможность хоть некоторое время прожить вне больницы.

Такая цель — добиться возможности выписать больного — тоже была новостью для старшего поколения еще работающих сегодня психиатров. Она возникла в результате грандиозного прогресса психиатрической науки в 1950-х годах.

Попробуем проследить, как менялись возможности психиатрии на протяжении истории более длительной, чем человеческая жизнь. Это хороший способ убедиться, что дела в этой отрасли медицины не так плохи, как иногда кажется.



Представим себе просвещенную Европу второй половины XVIII века. Екатерина II переписывается с Вольтером, создаются потрясающие произведения литературы, музыки, живописи, строятся великолепные дворцы, вот-вот должен появиться на свет Пушкин. В это самое время в городе Лондоне, столице могущественной Британии, можно купить билет (мужчинам подороже, женщинам и детям — подешевле) в Бедлам. Там в клетках, на соломе, прикованные цепью к стене, сидят су-

масшедшие. Они воют, кричат, лают, поют, хохочут, плачут, выпрашивают еду, — очень интересно, почтенная публика с удовольствием смотрит.

Именно тогда в общественном сознании сформировался образ психически больного. Оказалось, что этот образ обладает колоссальной стойкостью. В наше время, разумеется, он изменился, но не так уж сильно. В современном мире из-за этого существуют такие социальные феномены, как стигматизация психически больных (этой теме специально посвящается один из семинаров).

Бедлам (и другие подобные учреждения, их в Европе было не так уж мало) не был больницей и больницей не назывался. Это был приют. Больных там не лечили, а «призревали», то есть изолировали; их как-то содержали, как-то кормили. Никаких шансов когда-нибудь вернуться домой у обитателей приюта не было.

Легко себе представить, чего стоило людям решиться отвезти своего родственника в такой приют. Это делали только в том случае, если поведение больного было расстроено в такой мере, что его никак нельзя было держать дома. **Больного отвозили в приют от безнадежности.**

25 августа 1793 года в один из подобных приютов, расположенном в местечке Бисетр под Парижем, был назначен на работу врач по имени Филипп Пинель (Philip Pinel; 1745—1826).

Он родился на юге Франции, в семье врачей. Много учился — и в духовном училище, и медицине, и на естественноисторическом факультете университета в Тулузе. Его диссертация называлась «О достоверности, которую математика дает нашим суждениям при занятиях науками».



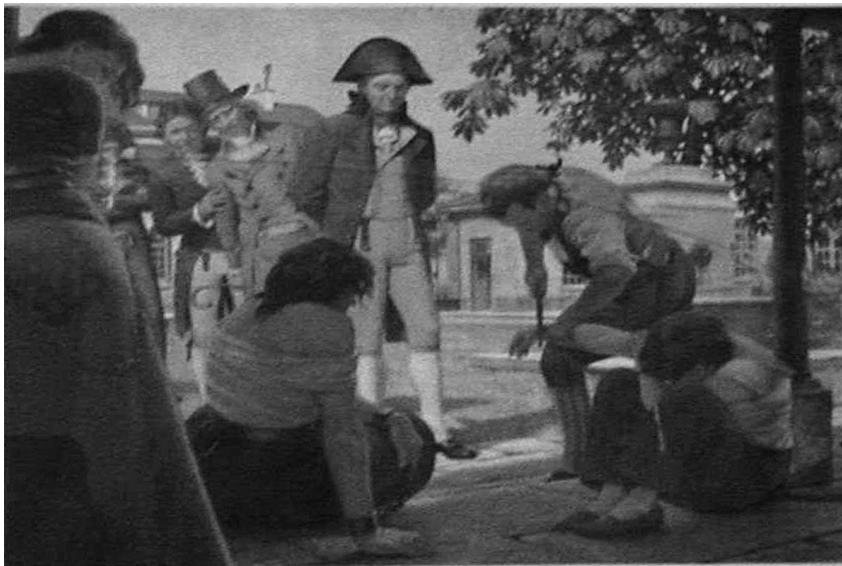
Слухи о том, что Пинель собирается снять с психически больных цепи, побудили подозрительность революционных властей. Председатель Парижской коммуны Кутон посетил Бисетр, чтобы проверить, не скрываются ли там под видом сумасшедших враги революции. «Гражданин, — сказал Кутон Пинелю, — я приду навестить тебя в Бисетре, и горе тебе, если ты нас обманываешь, и между твоими помешанными скрыты враги народа».

С 1795 по 1822 год Пинель преподавал психиатрию и внутренние болезни. В 1803 году он стал академиком и одним из первых кавалеров Ордена Почетного легиона. В 1806 году Наполеон назначил его своим врачом-консультантом. Он умер на 81 году жизни, обремененный болезнями и денежными трудностями.

Величайшая историческая заслуга Пинеля состоит в том, что он первый провозгласил тезис, согласно которому сумасшедшие — это просто люди, причем больные люди. Поскольку они люди, обращаться с ними нужно, как с людьми. Поскольку они больные, их нужно лечить.

Пинель не просто провозгласил этот тезис. В 1793 году он сделал из него практические выводы, совершив настоящий подвиг. Ю.В.Каннабих³ пишет, что, когда Пинель решил расковать больных, уже упоминавшийся председатель Парижской коммуны Кутон сказал ему: «Сам ты, видно, помешан, если собираешься спустить с цепи этих зверей». Надсмотрщики покинули Бисетр, боясь, что больные их растерзают. Во всем громадном приюте остались двое — Пинель и его друг, фельдшер по имени Пюссен. Эти два человека и сняли с больных цепи, совершив тем самым первую великую революцию в психиатрии.

Начав обращаться с больными по-человечески и доказав собственным опытом, что это правильно, Пинель начал их лечить. Конечно, средства лечения, которыми он располагал, сегодня кажутся наивными и вряд ли могли всерьез помочь. Но это не имеет никакого значения по сравнению с тем фактом, что **больных начали лечить**. Ведь если



человека хотя бы пробуют лечить, появляется надежда. А раз появляется надежда, в больницу (уже не в приют!) привезут и более легкого больного, не такого, какого невозможно удерживать дома, а какому хотелось бы помочь. **Больных начали привозить не от безнадежности, а в надежде.**

И вот постепенно, — очень постепенно, очень медленно, — состав пациентов психиатрических больниц начал меняться. Появились даже такие, которые выздоравливали и возвращались домой. А это, в свою очередь, вдохновляло врачей: пусть редко,

³ Ю.В.Каннабих — русский психиатр, автор великолепной «Истории психиатрии», которая вышла в свет в 1928 году и очень долго не переиздавалась. Не так давно она опубликована вновь. Книга рассчитана на профессионалов, но написана настолько живо и интересно, что ее с удовольствием прочтет каждый.

пусть немногим больным, но все-таки лечение помогает! А это значит, что психические расстройства можно лечить; значит, это и в самом деле просто болезни, а не одержимость злым духом или еще что-то в этом роде; значит, имеет смысл пробовать все новые и новые лекарства.

Очень важно подчеркнуть тот факт, что изменился контингент больных. Это происходит с каждым новым этапом, каждый раз, когда существенно улучшаются возможности психиатрической помощи.

Прогресс начался. Повторим, что он был очень медленным. Приюты для умалишенных постепенно превращались в настоящие больницы, хотя особенности состояния большинства пациентов требовали сохранить в этих больницах режим и особенности устройства, которые бы обеспечивали безопасность. С течением времени таких особенностей становилось все меньше и меньше, однако многие из них сохранились до сегодняшнего дня. Запертые двери отделений, небьющиеся стекла или решетки на окнах, суровый режим так называемых наблюдательных палат, – все это вызывает неудовольствие пациентов и их родственников. Но нужно относиться к этому с пониманием. В психиатрическом отделении всегда существует риск внезапного грубого нарушения поведения пациента, и меры, которые предотвращают опасные последствия такого расстройства, по-прежнему необходимы.



В первые годы XX века в одной из психиатрических больниц США три года лечился пациент по имени Клиффорд Бирс (Clifford Whittingham Beers; 1876—1943). Больничные условия того времени оставили в его памяти такой глубокий след, что всю свою дальнейшую жизнь Бирс посвятил работе по совершенствованию помощи психически больным. В 1909 году он создал первую в мире общественную организацию психически больных (она существует по сей день и называется “Mental Health America”), благодаря деятельности которой сначала в США, а потом и во всем цивилизованном мире возникли *амбулаторные психиатрические учреждения*. К началу 1-й мировой войны они успешно работали и в США, и в большинстве стран Западной Европы, и в России.

Появление амбулаторных психиатрических учреждений можно считать второй великой революцией в психиатрии. Ее значение сопоставимо со значением реформы Филиппа Пинеля. Дело в том, что в амбулаторные учреждения начали обращаться люди с гораздо более легкими расстройствами, чем у пациентов больниц. Таких оказалось очень много, и контингент пациентов, наблюдающихся у психиатров, снова сильно изменился и в количественном, и в качественном отношении. Психиатры начали все чаще лечить не психозы, то есть состояния, при которых восприятие окружающего мира искажено до неузнаваемости, а такие расстройства, как депрессия, тревога, страхи, навязчивости. Это было очень важно по многим причинам. Во-первых, больные с такими расстройствами обрели возможность получить помощь. Во-вторых, начало меняться представление (прежде всего у самих психиатров) о том, что такое психическое расстройство. В-третьих, необходимость лечить людей амбулаторно побуждала врачей и ученых искать все новые и новые средства терапии.

Разумеется, несмотря на все сказанное, в первой половине XX века основную проблему составляла все-таки больничная психиатрия и лечение больных с тяжелыми психозами. И, наконец, в этой области появились первые настоящие успехи. В 1918 году была решена наиболее страшная проблема того времени, – смертность больных от прогрессивного паралича. В на-



чале века такие больные занимали более половины психиатрических коек; все они (100%!) умирали. Австрийский психиатр Юлиус Вагнер-Яуреги (Yulius Wagner-Yaureng, 1857–1940) научился лечить прогрессивный паралич. Он заметил, что некоторые больные все-таки выживали, причем только те, которые вдобавок к основной болезни заболели тяжелой инфекцией (например, тифом). Ученому пришло в голову, что прогрессивный паралич проходит благодаря высокой температуре. Он попробовал заражать больных трехдневной малярией. Результат превзошел ожидание: оказалось, что при раннем начале такой терапии в 85% случаев прогрессивного паралича наблюдается выздоровление. За это открытие Вагнер-Яуреги получил Нобелевскую премию.



В 1935 году Манфред Закель (Manfred Joshua Sakel, 1900—1957), ввел в практику лечение психозов повторными инсулиновыми комами. В 1937 году венгерский психиатр Ладислаус Йозеф фон Медуна (Ladislav Joseph von Meduna; 1896—1964) добился большого успеха, используя так называемую судорожную терапию (с помощью некоторых медикаментов он вызывал у больных припадки, похожие на эпилептические). В 1938 году итальянцы Уго Черлетти (Ugo Cerletti, 1887–1963) и Лючио Бини (Lucio Bini, 1908–1964) научились добиваться того же с помощью электрического тока. Маляриотерапия, инсулиношочковая терапия, электросудорожная терапия — все эти методы лечения не утратили своего значения и сегодня. Они, конечно, применяются гораздо реже, и методики лечения значительно усовершенствованы, но в основе лежат все те же принципы.



И вот, наконец, в 1952 г. произошла третья великая революция в психиатрии. Французский ученый Жан Делэй (Jean Delay, 1907–1987) в сотрудничестве со своим учеником Пьером Деникером ввел в психиатрическую практику препарат, названный «хлорпромазин». Эффект от применения этого препарата невозможно сравнить ни с чем, что применялось прежде. С его помощью удалось справиться с самой неприятной проблемой психиатрических больных, которая еще оставалась неразрешенной: возбуждение больных. Именно оно заставляло делать психиатрическую больницу так непохожей на остальные лечебные учреждения. Не говоря уж о запертых дверях и решетках на окнах, вместо стульев в отделениях стояли деревянные тумбы, наполненные песком (их не то что нельзя было поднять, но и сдвинуть с места было трудно); кровати были привинчены к полу, а их спинки наглухо закрывали сплошными металлическими щитами (это было некрасиво, зато больной не мог выдернуть из спинки металлический прут и кого-нибудь им ударить). Как ни призывали все психиатры, начиная с Пинеля, не ограничивать личную свободу больных, обойтись без этого было невозможно, и смиренные рубашки, всякого рода «опояски» и «вязки» оставались в самом широком употреблении.

И вот оказалось, что инъекции хлорпромазина (в России этот препарат известен как аминазин) действуют лучше всяких опоясок. Возбуждение у самых тяжелых больных снималось в течение двух-трех дней, и с тех пор психиатрические больницы всего мира становятся все больше похожими на обычные лечебные учреждения.

За прошедшие с тех пор полвека у аминазина появилось множество потомков. Современная психиатрия располагает огромным арсеналом лекарственных препаратов самого разного назначения: нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами, ноотропами, тимостатиками и т.д. Терапевтические возможности психиатрии выросли



во много раз. Но нужно хорошо понимать, что одновременно с этим поднимается планка запросов и ожиданий, как со стороны врачей, так и со стороны пациентов и их родных. Раньше врачи были довольны, что стало можно справиться с возбужденным больным, не связывая его, а родственники были счастливы, если больного удавалось хоть на некоторое время выписать из больницы. Теперь все мы хотим, чтобы, по возможности, обойтись без госпитализации; чтобы лекарства не давали осложнений и побочных эффектов; чтобы не нужно было принимать слишком много таблеток; чтобы режим терапии был удобен больному; и, разумеется, все мы стремимся к тому, чтобы симптомы болезни были устранены полностью.

И снова, как и прежде, прогресс психиатрии повлек за собой увеличение числа и изменение облика пациентов. По мере того, как возможности помощи увеличивались, увеличивалось и число обращающихся за ней. При этом к психиатрам приходят люди с все более легкими расстройствами. Раньше они не пробовали лечиться, потому что знали, что помочь им нечем.

Между прочим, именно с этим связан тот факт, что в течение XX века число людей, пользующихся психиатрической помощью, фантастически возросло — в 40 раз! Это произошло не потому, что жизнь делается все более и более невыносимой (на эту тему создано множество спекуляций), а потому, что люди, прежде просто терпевшие свои расстройства, теперь хотят от них освободиться.

Новые времена рожают новые проблемы. Сегодня среднестатистический пациент психиатра — это человек, продолжающий вести обычный образ жизни, но вынужденный время от времени посещать врача и принимать лекарства. А в общественном сознании пациент психиатра по-прежнему выглядит как страшный безумец, от которого лучше держаться подальше и которому место в сумасшедшем доме. Несоответствие реальности и представлений, господствующих в обществе, создает специфические трудности, которые настолько важны, что будут рассмотрены в специальной главе.

Из истории отечественной психиатрии. До эпохи Петра I в России не было специальных учреждений для содержания психически больных. О них либо вообще не заботились, либо помещали в монастыри. В 1723 году Петр I приказал устроить специальные госпитали, однако реально первое учреждение для призрения и лечения душевнобольных было построено в 1762 году по указу Петра III. Первая психиатрическая больница в Москве была построена в 1821 году; сейчас это Московская психиатрическая больница №3 (ул. Матросская тишина).

Как медицинская наука, психиатрия стала развиваться в России лишь во второй половине XIX века благодаря усилиям И. М. Балинского (1824 – 1902) и его ученика И. П. Мерзеевского (1838 – 1908). К указанному периоду относится деятельность В.Х.Кандинского (1849 – 1889), научные труды которого принесли русской психиатрии мировую известность. В 1887 году на частные пожертвования В.А.Морозовой в Москве



была открыта новая психиатрическая клиника на 50 кроватей, в которой много лет работал выдающийся русский психиатр Сергей Сергеевич Корсаков (1854 – 1900). Сейчас эта клиника носит его имя. Труды Корсакова привели к коренным реформам в русских психиатрических учреждениях. Благодаря ему отказ от физического ограничения свободы больных осуществился в России гораздо легче, чем в других евро-



пейских странах. Благодаря его деятельности в систему лечения больных была введена трудовая терапия, значение которой сохранилось до наших дней. С. С. Корсаков был не только выдающимся организатором психиатрической помощи, но и крупным ученым. Ему принадлежит описание болезни, которая до сих пор носит

его имя. Нельзя не назвать также имя одного из крупнейших русских психиатров П.Б. Ганнушкина (1875 – 1933), которому принадлежит не только книга о психопатических личностях, вошедшая в золотой фонд мировой психиатрической литературы, но и яркое наследие в виде плеяды талантливейших учеников.

Самым важным организационным новшеством советской психиатрии стало создание психиатрических диспансеров. Первоначальная идея, лежавшая в основе их организации, заключалась в том, что эти учреждения должны заниматься так называемыми психогигиеной и психопрофилактикой. Однако со временем роль диспансеров видоизменилась: они стали чисто лечебными учреждениями, оказывающими амбулаторную помощь больным в сочетании с их диспансерным наблюдением, то есть врачи диспансеров должны были активно интересоваться состоянием своих пациентов, даже если те не обращались за помощью. К сожалению, принцип диспансеризации постепенно был распространен на всех больных, без учета особенностей их состояния. Это привело к скверным социальным последствиям (даже если их состояние было вполне удовлетворительным, больные, «состоявшие на учете», не могли получить водительских прав, поехать в санаторий, обменять квартиру и т.д.) Более того, скрыть факт лечения в диспансере со временем стало практически невозможно, так как любая организация могла запросить диспансер и получить соответствующую информацию. Поэтому множество людей старались избежать обращения в диспансер и оставались без всякой помощи, поскольку в СССР психиатрическая помощь оказывалась только государством. После 1991 года диспансерная помощь была принципиально реорганизована, о чем подробно будет сказано в соответствующей главе.

Говоря об истории отечественной психиатрии, невозможно не упомянуть имя выдающегося советского психиатра Андрея Владимировича Снежневского (1904 – 1987). Ему принадлежат выдающиеся работы по исследованию клиники и лечения шизофрении. В основе его взглядов лежало убеждение, что каждому варианту шизофрении свойственны строгие закономерности течения, и поэтому, досконально зная те расстройства, которые пациент перенес до момента обследования, можно уверенно прогнозировать дальнейшее течение болезни. Зная прогноз и располагая современными лекарственными препаратами, квалифицированный врач имеет возможность существенно облегчить предстоящие расстройства.



✚ Глава 3. Болезнь

Основная цель данного занятия заключается в том, чтобы преодолеть распространенное представление о психической болезни как о чем-то принципиально ином, чем «телесные» (соматические) болезни.

Нужно снять с понятия «психическая болезнь» налет мистицизма и таинственности. С другой стороны, нужно исправить ошибочное представление о том, что это чисто психологическое явление, связанное с неправильным воспитанием, умственными перегрузками и т.д.

Рекомендуется начать с того, чтобы ввести некоторые термины и объяснить их значение.

Здоровье, норма и патология. Определить первые два понятия труднее всего, хотя на первый взгляд их смысл очевиден. Существует не слишком удачное определение здоровья, предложенное Всемирной организацией здравоохранения: "Здоровье — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только

отсутствия болезни или физических дефектов". Все согласны, что это плохое определение, но лучшего пока никто не предложил.

Определить, что такое норма, еще труднее. Интуитивно кажется, что норма — это примерно то же самое, что здоровье, то есть отсутствие каких бы то ни было болезненных расстройств. Однако практически невозможно найти человека, у которого не было бы никаких болезненных расстройств; у каждого из нас есть, на что пожаловаться — у кого-то плохое зрение, у кого-то болит спина, у кого-то — зубы. Получается, что наличие всяких мелких болячек, которые не мешают сказать, что человек «практически здоров» — это и есть норма. Некоторые исследователи считают, что понятие нормы вообще не стоит применять к индивидууму, а только к населению в целом. Тогда нормой становятся усредненные статистические характеристики здоровья населения, и заметные отклонения от многолетних средних показателей позволяют судить о благополучии или неблагополучии данной страны, региона или города.

Патология — это любое отклонение от состояния здоровья. Можно различить три типа патологических явлений.

1. Врожденная особенность (например, заячья губа, шестипалость или особый характер). Подобная патология остается неизменной на протяжении всей жизни (не считая изменений, связанных с возрастом) и называется *уродством*.

2. Нарушение здоровья, возникшее в связи с воздействием определенной вредности (простуды, инфекции, генетических факторов). Такие патологические явления появляются, некоторое время существуют и — если человек выздоравливает — исчезают. В подобных случаях говорят о *болезни*.

3. Стойкие нарушения здоровья, являющиеся последствием болезни или внешнего воздействия (например, травмы). Такие патологические явления часто остаются на всю жизнь и называются *дефектом* (например, хромота).

Чаще всего приходится иметь дело со вторым типом патологических явлений; когда они возникают, говорят, что человек болен; их следует рассмотреть подробнее.

Симптом. Так называют отдельно взятый патологический признак, например, кашель, головная боль или повышенная температура. Каждый по своему опыту знает, что все перечисленные симптомы могут встретиться при множестве заболеваний, как тяжелых, так и легких. Это относится к любому симптому. Все они, как говорят врачи, «нозологически неспецифичны» («nosos» по-латыни «болезнь»). Иными словами, любой симптом может встретиться при очень многих болезнях, поэтому никакого суждения о диагнозе на основании одного только симптома составить нельзя. Это относится в равной мере к соматическим («телесным») и к психопатологическим симптомам.

Синдром — это типичное сочетание родственных симптомов, которые обычно встречаются вместе и определяют состояние больного. В качестве всем известных примеров можно привести катаральный синдром (кашель, насморк, боль в горле, невысокая температура); диспепсический синдром (тошнота, рвота, понос, боли в животе); астенический синдром (раздражительность, утомляемость, слабость, плохой сон). Как и симптомы, каждый синдром может возникнуть при многих заболеваниях. Например, диспепсический синдром может возникнуть и при пищевом отравлении, и при большинстве кишечных инфекций, и при некоторых формах гриппа. Поэтому синдром, как и симптом, не дает достаточной информации для диагноза. Но правильное распознавание синдрома очень важно, потому что именно синдром часто диктует наиболее неотложные меры помощи больному.

Болезнь. Самый важный признак болезни заключается в том, что это *процесс*, явление, растянутое во времени. Болезнь характеризуется относительно отчетливым началом, *закономерным течением* (то есть свойственной данной болезни динамикой состояния больного), и определенным исходом. Под «динамикой состояния больного» понимают смену одного синдрома другим; каждой болезни свойственна собственная последовательность, которая обнаруживается во всех (или почти во всех) случаях дан-

ного заболевания. Сказанное можно проиллюстрировать на примере всем известной скарлатины. После так называемого продромального синдрома (неопределенное недомогание, боль в горле и т.д.) возникает лихорадочный синдром (высокая температура, головная боль), вслед за которым появляется характерная сыпь, а затем – шелушение. Эта последовательность синдромов (состояний больного) обычно достаточна для диагноза. Легко понять также, что она позволяет *прогнозировать* будущее: если у больного скарлатиной появилась сыпь, значит, *скоро будет шелушение*.

Знание закономерностей течения болезней очень важно. Оно дает возможность врачу ответить на самый главный вопрос, который задает ему пациент: «Доктор, что со мной будет?»

Всякая болезнь – это самостоятельное явление природы. Болезней много, и многие из них похожи друг на друга. В медицине принято считать, что надежно идентифицировать болезнь можно только тогда, когда кроме клинической картины (то есть той самой последовательности синдромов, которая описана выше), известна причина болезни и биологический механизм, ответственный за ее проявления. Такая полная информация имеется далеко не обо всех болезнях. Лучшее всех изучены инфекционные заболевания, хуже всех – психические. Но это не значит, что психические заболевания принципиально отличаются от соматических. Просто они гораздо сложнее, и расшифровка их причин и механизма развития симптомов – дело будущего. Впрочем, о некоторых психических болезнях мы достаточно знаем уже сегодня. В качестве примеров можно назвать прогрессивный паралич (следствие сифилиса) или белую горячку (следствие алкоголизма). Если причина и механизм возникновения расстройств неизвестны или известны плохо, болезнь приходится идентифицировать по ее клинической картине, то есть по той самой закономерности динамики состояния больного, о которой говорилось выше. Понятно, что такая идентификация болезни менее надежна, чем, например, выделение специфического микроба. Поэтому представления о границах тех заболеваний, которые выделяются лишь на основании клинической картины, время от времени меняются.

Важно различать острые и хронические болезни.

Острое заболевание характеризуется внезапным началом, интенсивными расстройствами, сравнительно небольшой продолжительностью. После выздоровления *риск повторного возникновения той же болезни не больше, чем риск заболеть ею впервые*.

Хроническое заболевание. Начало обычно не такое отчетливое, как при острой болезни, а болезненные проявления не столь интенсивны. Однако продолжительность хронической болезни очень велика, она измеряется годами, а иногда сопровождает человека всю жизнь. Всякая хроническая болезнь характеризуется периодами улучшения и ухудшения, а в некоторых случаях болезнь протекает в виде отчетливых приступов и ремиссий. Ремиссией называется период относительного или даже полного благополучия, когда болезненные расстройства ослабевают или полностью исчезают. Продолжительность ремиссии может быть разной, она может длиться месяцы, годы и десятилетия. Однако даже если ремиссия чрезвычайно длительная, она принципиально отличается от выздоровления. Как уже говорилось, выздоровев, человек рискует заболеть второй раз не больше, чем заболеть впервые. При ремиссии *риск нового обострения гораздо выше, чем риск заболеть впервые*.

Все сказанное в равной степени относится и к телесным, и к душевным болезням.

Главное различие между ними состоит в том, что симптомы психических заболеваний намного более сложны.

Когда у человека болит голова, живот или нога, у него, естественно, возникает мысль, что он заболел, и надо идти к врачу. Кажется привычным и нормальным, что

когда нечто неприятное происходит с нашим телом, – это болезнь. Если же нечто неприятное происходит не с телом, а с духом, дело обстоит значительно сложнее.

Психическое расстройство проявляется в том, что меняется восприятие внешнего мира (или восприятие себя в этом мире), а также в изменении поведения. У больного может не быть привычных жалоб на боли, слабость, недомогание, не быть «обычных» симптомов вроде повышенной температуры или отсутствия аппетита. Поэтому мысль о болезни не сразу приходит в голову — и самому больному, и его близким. Очень долго окружающие думают, что подросток, например, плохо воспитан или попал под дурное влияние; что он переутомился или «переучился»; что человек «валяет дурака» или издевается над родными. Но даже тогда, когда всем становится ясно, что дело гораздо более серьезно, когда уже позади мысли о «порче» или «сглазе», когда уже нет сомнений, что человек заболел, все равно довлеет предрассудок, что психическая болезнь – это совсем не то, что болезнь, например, сердца или желудка. Большинство людей твердо убеждены в том, что болезни тела (они называются еще соматические болезни, потому что «сома» по-гречески значит «тело») – это явление обыкновенное, а психические расстройства, болезни души («психе» по-гречески – душа), – это нечто таинственное, мистическое и очень страшное.

Повторим, что это всего-навсего предрассудок и что причины его — сложность и «необычность» психопатологических симптомов. Во всех остальных отношениях психические и соматические заболевания ничем не отличаются друг от друга.

Соматические болезни бывают острые (например, грипп) и хронические (например, бронхиальная астма). Психические болезни тоже бывают острые (например, белая горячка) и хронические (например, шизофрения).

Соматические болезни иногда требуют врачебной помощи, а иногда проходят сами по себе. Так бывает чаще всего: вспомним, что при легком недомогании мы в подавляющем большинстве случаев обходимся без помощи врача и лекарств. Очень часто мы даже продолжаем работать в расчете на то, что скоро все пройдет, и обычно оказываемся правы. Случается, что мы даже не думаем, что заболели, а жалуемся, что неважно себя чувствуем, ссылаясь на магнитную бурю, полнолуние или на еще что-нибудь в этом роде. Если бы мы обратились к врачу, наверняка оказалось бы, что речь идет о вирусной инфекции, о повышенном артериальном давлении или еще о чем-то подобном, но протекающем в очень легкой форме.

Психические болезни тоже в абсолютном большинстве случаев проходят сами по себе. Точно так же, как описано в предыдущем абзаце, человеку и в голову не приходит, что он заболел, тем более что он заболел психически. Он жалуется на недомогание, усталость, плохое настроение, бессонницу. Как и в первом случае, находятся объяснения в виде перегрузок на работе, стрессовой ситуации или переутомления, и, как и в первом случае, человек, преодолевая себя, продолжает жить в обычном режиме. Через некоторое время самочувствие действительно восстанавливается, и жизнь идет своим чередом. Однако если бы этот человек обратился к психиатру, у него нашли бы невроз или депрессию, но в очень легкой форме.

Подчеркнем, что такие случаи бывают очень часто. Специальные эпидемиологические исследования показывают, что каждый третий житель нашей планеты хотя бы однажды в жизни перенес психическое расстройство. В помощи психиатра нуждается гораздо меньше людей (примерно 15%), а лечатся у психиатра совсем немного (в России — примерно 3% населения). Все остальные переносят именно легчайшие расстройства, описанные выше. Так что и в этом отношении никакой разницы между соматическими и психическими болезнями нет.

И при острых соматических, и при острых психических заболеваниях есть, разумеется, такие, которые требуют медицинского вмешательства. Разница заключается в том, что при острых соматических болезнях часто можно лечиться дома, – полежать в постели и попить чаю с малиной. Госпитализация нужна относительно редко, только

при тяжелых случаях. При острых психических расстройствах, наоборот, часто необходима госпитализация; но это связано просто с особенностями симптоматики острого психического расстройства: обычно в таких случаях поведение нарушается очень грубо.

Больше всего проблем в медицине – и в соматической медицине, и в психиатрии – создают хронические заболевания, потому что их много, страдают ими много людей, и болеют ими долго. Принципиальных различий между течением соматических и психических хронических заболеваний тоже нет. И при соматическом, и при психическом заболевании течение болезни может быть очень тяжелым, когда больной оказывается полностью инвалидизированным, а иногда неспособным жить вне больницы. С другой стороны, и соматическое, и психическое заболевание может протекать настолько благоприятно, что больной никогда не обращается за помощью, а болезнь выявляется лишь случайно.

Даже в тех случаях, когда болезнь протекает благоприятно, со временем она может приводить к необратимым изменениям, – к дефекту. При соматических заболеваниях такой дефект может заключаться, например, в формировании рубца после зажившей язвы или в невозможности хорошо владеть рукой или ногой после сросшегося перелома. При психических заболеваниях дефект может проявляться в изменении характера: сухой в прошлом человек может стать чрезвычайно чувствительным, «мимозоподобным», и, наоборот, мягкий в прошлом человек может стать черствым и эгоистичным. Очень тяжелые органические поражения мозга могут оставить после себя интеллектуальный дефект различной тяжести.

Классификация психических заболеваний.

Заметим сразу, что выделение отдельных психических заболеваний в качестве самостоятельных явлений природы в настоящее время возможно только приблизительно. Наши знания еще слишком несовершенны; идентификация болезней (за немногими исключениями) делается на основании клинической картины; поэтому, как уже говорилось, границы многих болезней в значительной мере условны.

Все психические расстройства принято разделять на два больших класса: так называемые *экзогенные* и *эндогенные* болезни. «Экзо» по-гречески значит «внешний»; «эндо» – значит «внутренний». Разделение болезней на эти два класса означает, что в первом случае болезнь возникла из-за внешней известной вредности, например, из-за черепно-мозговой травмы, или из-за воспалительного заболевания мозга, или в связи с психической травмой. Что касается класса эндогенных заболеваний, то их название подчеркивает отсутствие связи с внешними факторами, то есть болезнь возникает «по внутренним причинам». До сравнительно недавнего времени трудно было даже предположить, что это за внутренние причины. Сейчас большинство исследователей сходится во мнении, что речь идет о генетических факторах. Не следует только понимать это слишком прямолинейно. Речь не идет о том, что если кто-либо из родителей болен, то и ребенок тоже непременно заболеет. Отягощенная наследственность лишь увеличивает риск возникновения болезни; что касается реализации этого риска, то она связана с вмешательством многочисленных, в том числе и случайных, факторов.

Есть еще один важный признак, который делит психические расстройства на два резко отличающихся друг от друга класса: психозы и непсихотические расстройства.

Психозы характеризуются возникновением психологических феноменов, которые никогда не встречаются в норме. Важнейшими из них являются бред и галлюцинации. Подробнее о них будет сказано в следующей главе, здесь укажем только, что эти расстройства способны радикально изменить представление больного об окружающем мире и даже о себе самом. Психоз связан также с грубыми расстройствами поведения.

Непсихотические расстройства проявляются, главным образом, психологическими явлениями, свойственными и здоровым людям. Речь идет об изменении настрое-

ния, страхах, тревоге, нарушениях сна, навязчивых мыслях и сомнениях и т.п. Разница состоит в том, что у здоровых все эти явления возникают в отчетливой и адекватной связи с ситуацией, а у больных – вне такой связи. Кроме того, длительность и интенсивность болезненных явлений такого рода не идет ни в какое сравнение с аналогичными явлениями, возникающими у здоровых.

Непсихотические расстройства встречаются гораздо чаще, чем психозы. Как уже говорилось выше, наиболее легкие из них хотя бы раз в жизни переносит каждый третий. Психозы встречаются гораздо реже. Наиболее тяжелые из них чаще всего встречаются в рамках шизофрении, – болезни, составляющей центральную проблему современной психиатрии. Распространенность шизофрении составляет 1% населения, то есть ею страдает примерно один человек из каждой сотни. Подробнее об этом заболевании — в следующей главе.

Глава 4. Шизофрения и близкие к ней расстройства.

Основная цель данного занятия заключается в том, чтобы преодолеть распространенное представление о шизофрении как о «роковой» болезни, не оставляющей никаких надежд. Слушатели должны понять, что даже границы этого понятия в значительной мере условны. В рамках традиционного для отечественной психиатрии представления о шизофрении считают, что в нее входят как тяжелейшие случаи, которые действительно делают больного беспомощным (примерно 4% всех случаев), так и настолько легкие, что больной может никогда не обратиться к врачу, потому что проявления болезни практически не мешают ему жить (25—30% всех случаев).

На протяжении всего XX века шизофрения была центральной проблемой психиатрии всех стран мира. Да и сейчас она остается одной из важнейших и, наверное, ее значение сохранится надолго. Зависит это, во-первых, от очень большой частоты этого заболевания. Считается, что шизофрения встречается приблизительно у 1% населения. Кроме того, шизофрения — болезнь чрезвычайно многообразная, чрезвычайно по-разному проявляющаяся. Поэтому одна из дискуссий, которая продолжается все последние 100 лет, это дискуссия о границах шизофрении, об объеме этого понятия. Почему так происходит? Для того чтобы понять это, нужно немного отвлечься и рассказать об истории изучения этой болезни.



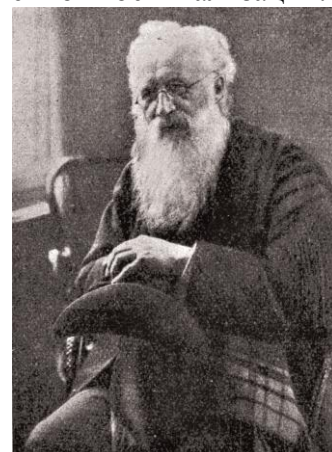
Классическая европейская психиатрия XIX века различала три отдельных очень тяжелых заболевания. Немецкий психиатр К. Кальбаум (Karl Ludwig Kahlbaum; 1828—1899) описал *кататонию*, при которой больной утрачивает возможность волевых актов. Речь идет не о «силе воли», а о гораздо более простых вещах. Например, для того, чтобы встать со стула и дойти до двери, нужно сделать ряд волевых движений, – например, сначала напрячь определенные мышцы, чтобы встать на ноги. Элементарные целесообразные движения, которые мы делаем постоянно, – это и есть фундаментальные волевые акты. Способность к таким фундаментальным актам утрачивается при кататонии, и в связи с этим возникает два варианта болезни. Первый заключается в том, что больной вообще перестает двигаться (кататонический ступор). Человек уподобляется восковой фигуре; он может сохранять неподвижность и молчание (*мутизм*) очень долго. Естественно, что такое состояние требует обязательной госпитализации не только для лечения, но и с целью поддержания жизни больного (его приходится кормить искусственно). Второй вариант заключается в том, что движений, наоборот, становится слишком много, но они нецелесообразны, беспорядочны и не направлены на достижение какого-

нибудь результата (*кататоническое возбуждение*). Хаотическое и очень сильное возбуждение, характерное для таких случаев, тоже требует непременно госпитализации.

Вторая болезнь, известная в то время, была описана немецким же психиатром Геккером (Ewald Hecker; 1843—1909) и называлась «гебефрения». По-гречески «френ» — это разум, а «гебе» — юноша. Болезнь так назвали потому, что состояние больных, похожее на кататоническое возбуждение, сопровождается дурашливостью, грубым и нелепым паясничаньем, гротескной карикатурной клоунадой. Это выглядит так, будто больные нарочно хулиганят.



Третью болезнь в XIX же веке описал французский психиатр Валентин Маньян (Valentin Jacques Joseph Magnan; 1835—1916), назвав ее «хроническим бредовым психозом». Внешне эти больные очень сильно отличаются от тех, о которых говорилось выше. Состояние их определяется вовсе не двигательными расстройствами, как при кататонии и гебефрении, а хроническим бредом и галлюцинациями⁴.



E. Kraepelin

К концу XIX века все три болезни (кататония, гебефрения и хронический бредовый психоз) считались общепризнанными и совершенно разными. Однако великий немецкий психиатр Эмиль Крепелин (Emil Kraepelin; 1856-1926), обнаружил, что если больных всеми этими тремя заболеваниями наблюдать в течение многих лет, то обнаруживается, что исход болезни во всех случаях одинаков. Согласно наблюдениям Крепелина, в конце концов у больных развивается своеобразное слабоумие (*деменция*), проявления которого одинаковы во всех трех случаях. На этом основании Крепелин заключил, что кататония, гебефрения и хронический бредовой психоз являются разными формами одной болезни, которую он назвал «ранним слабоумием» (*dementia praecox*). Термин «раннее» подчеркивало то обстоятельство, что все случаи, которые наблюдал Крепелин, возникали в очень молодом возрасте.

Величайшее достижение Крепелина заключалось в том, что он первый заявил о том, что судить о болезни можно только путем проследживания ее течения на протяжении длительного времени, а не ограничиваться констатацией расстройств, имеющих в момент обследования. Иными словами, именно он обнаружил, что специфичность болезни проявляется только в динамике расстройств, а не в «поперечном срезе» ее клинической картины.



Концепция Крепелина очень быстро завоевала много приверженцев среди психиатров. Его аргументы казались убедительными. Слабоумие, возникающее при *dementia praecox*, обладало удивительными особенностями, отличающими его от слабоумия при органических заболеваниях. В последнем случае больной теряет память, постепенно утрачивает знания, которыми он располагал. При *dementia praecox* все выглядит совершенно иначе. Больные прекрасно помнят все то, чему их учили, память их не страдает. Они утрачивают не зна-

ния, а *способность ими пользоваться*. Крепелин писал, что слабоумие при органиче-

⁴ Подробное описание этих симптомов будет приведено ниже.

ском поражении мозга похоже на книгу, из которой вырвали страницы, а слабоумие при *dementia praecox* похоже на книгу, которую неправильно переплели, – там все страницы целы, но перепутаны. Эта особенность очень яркая и выразительная. Она отчетливо прослеживалась при всех трех болезнях, которые Крепелин объединил в одну.

Однако впоследствии возникли трудности. Именно они привели к тем дискуссиям, которые не утихают до сегодняшнего дня. Последователи Крепелина, изучая *dementia praecox*, обнаружили много новых данных. Во-первых, оказалось, что часто болезнь начинается вовсе не в молодости. Во-вторых, выяснилось, что слабоумие, как в наблюдениях Крепелина, может быть очень тяжелым, а может быть выражено гораздо меньше, настолько, что вообще невозможно говорить о слабоумии, а только об определенных особенностях интеллекта. Швейцарский психиатр Евгений Блейлер (Paul Eugen Bleuler; 1857–1939) предложил дать этой болезни название «шизофрения»⁵. По его мнению, основной признак шизофрении заключается не в слабоумии, а в парадоксальном диссонансе между полным сохранением знаний и невозможностью их адекватно использовать. Это «расщепление», по Блейлеру, является основным признаком болезни. Поэтому Блейлер и дал ей такое название.

Согласно концепции Блейлера, выраженность главного признака шизофрении не имеет значения. Он может быть выражен очень сильно, настолько, что больной действительно практически оказывается слабоумным, а может проявляться едва-едва, будучи заметным только специалисту.

Вот тут-то и заключен источник дискуссий и конфликтов. Ведь не существует объективной количественной меры понятия «едва-едва». Невозможно сказать, насколько все-таки должна быть выражено «расщепление», чтобы можно было говорить о шизофрении. Разумеется, никто возражает против того, что всякая болезнь (и шизофрения в том числе) может протекать достаточно благоприятно. Но все-таки где грань между очень благоприятным течением шизофрении и простым вариантом характера? Ответ на этот вопрос очень труден. Он-то и служит темой продолжающихся дискуссий.

Дополнительным поводом для них служит то обстоятельство, что шизофрения — диагноз, который несет очень существенную социальную нагрузку. «Шизофрения» — клеймо, которое приводит к социальному отторжению больного, к его изоляции, к тому, что люди относятся к больному как к человеку опасному и неизлечимому. Чаще всего такое отношение не соответствует действительности, однако преодолеть его трудно. Поэтому среди психиатров возникло стремление искусственно сузить рамки такого диагноза, ограничив их самыми тяжелыми случаями. Это стремление нашло отражение в действующем в наши дни 10-м Пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10), согласно которому диагностика производится в большинстве европейских стран, включая Россию. При относительно благоприятном течении болезни ее обозначают другими терминами; поэтому в современной литературе появилась тенденция говорить не просто о шизофрении, а о «шизофрении и близких к ней расстройствах».

Все сказанное привело к тому, что диагноз «шизофрения», лишенный разъяснений и уточнений, содержит совершенно недостаточно информации о том, насколько серьезен и тяжел каждый данный случай.



⁵ Шизофрения – «расщепленный разум» (schizis – расщепленный, phren – разум).

В отечественной психиатрии традиционно господствует точка зрения А.В. Снежневского, который вслед за Крепелином считал, что главный признак, характеризующий любую болезнь, в том числе шизофрению, – это течение, то есть наблюдающееся со временем изменение состояния больного. Этот признак позволяет отличить самые благоприятные случаи болезни от вариантов нормы (если человек не болен, особых изменений в его состоянии не бывает). Особенности течения (темпы прогрессирования, тенденция к возникновению ремиссий) дают возможность выделять разные формы болезни — тяжелые и благоприятные, текущие непрерывно и приступообразно.

Симптомы, которые встречаются при шизофрении и близких к ней расстройствах, принято разделять на так называемые негативные и позитивные (последние называют также «продуктивными»). К негативным симптомам принято относить те, о которых уже говорилось: особенности личности, связанные с так называемым «расщеплением», описанные еще Крепелином и Блейлером. Из числа позитивных симптомов чаще всего приходится сталкиваться с *бредом* и *галлюцинациями*, и нужно хорошо понимать, что это такое.

В учебниках психиатрии дается примерно такое определение бреда: это болезненное убеждение, не соответствующее действительности и не поддающееся коррекции. Это верно; однако существенный недостаток подобного определения состоит в том, что в каждом конкретном случае оно не дает возможности практически решить, бред у больного или нет. Так, например, если пациент жалуется на неверность жены, психиатр обязан иметь в виду, что это может быть бред, потому что в природе существует *бред ревности*. Однако как проверить, соответствует ли это утверждение действительности? Даже если бы каким-то фантастическим образом удалось выяснить, что это неправда, пришлось бы — следуя определению бреда — убедиться в том, что заблуждение пациента «не поддается коррекции». Как же мы станем убеждать пациента, что он зря подозревает свою супругу, и когда же мы придем к уверенности, что все возможные аргументы исчерпаны?

Поэтому определение, о котором идет речь, правильное, но практически бесполезное. Для ясного понимания, что такое бред, нужно разобраться в том, чем бред отличается от ошибки, от заблуждения. Важнейшая разница между ними состоит в том, что заблуждение *возникает в связи с реальностью*, под влиянием того, что происходит вокруг нас (Отелло под влиянием происков Яго решил, что Дездемона ему изменила). *Заблуждение – это неверная оценка реальности*. Бред *возникает вне всякой связи с реальностью*. Если бы Отелло страдал бредом ревности, Яго не стоило бы трудиться: никакие игры с носовым платком не увеличили и не уменьшили бы подозрений Отелло. *Бред – это симптом болезни, его появление определяется внутренними механизмами болезни, и к окружающей нас действительности он не имеет никакого отношения*. Можно допустить (и такие случаи известны), что жена действительно неверна больному с бредом ревности; но это лишь случайное совпадение: бредовая идея ревности возникла не поэтому.

Именно по той причине, что бред не связан с реальностью, невозможно разубедить больного: любые аргументы — это часть реальности, а бред — нет. Поэтому аргументы и бред как бы находятся в непересекающихся плоскостях, они просто не взаимодействуют.

Естественно, возникает вопрос: как же психиатры все-таки распознают, где бред, а где — нет?

Они просто узнают бред «в лицо», как врач узнает любой симптом, как узнают знакомых на улице. Симптом всегда остается самим собой; поэтому, расспрашивая новых и старых больных с бредом, мы слышим одну и ту же историю. Все стандартно, все одинаково, потому что у всех один и тот же бред, один и тот же симптом, вызванный одной и той же болезнью.

Определения *галлюцинаций*, даже плохого, не существует. Эскироль, ученик Пинеля, дал еще в начале XIX века определение, только не галлюцинаций, а галлюцинанта, т.е. человека, который испытывает галлюцинации. Эскироль писал, что галлюцинантом мы считаем того, кому кажется, что он что-нибудь видит или слышит, в то время как на самом деле ничего подобного не происходит. Иначе говоря, галлюцинация — это *мнимый* зрительный, слуховой, обонятельный, вкусовой или осязательный образ (сколько органов чувств, столько бывает разновидностей галлюцинаций). Человеку кажется, что он что-то видит, слышит, обоняет, чувствует вкус или прикосновение, в то время как на самом деле на его органы чувств ничего не воздействует. Самые частые галлюцинации, с которыми в практике приходится сталкиваться, — это слуховые, когда человеку кажется, что он «слышит голоса», которые ругают его или хвалят, комментируют его поведение, отдают приказы.

Понятно, что бред и галлюцинации могут в значительной мере определять поведение больного. В связи с этим бывает много трудностей, иногда только из-за нарушенного поведения больного приходится стационарировать. Часто в семье серьезно нарушаются взаимоотношения только по той причине, что родственники больного плохо понимают, что происходит с больным, и не знают, как правильно себя вести.

Как вести себя с больным, у которого бред и галлюцинации?

Содержание бредовых идей и та «информация», которую больной «получает от галлюцинаций», имеют для него гораздо большее значение, чем реальность. Напомним, что ни то, ни другое не является ошибкой, т.е. неправильной интерпретацией реальности. Бред и галлюцинации возникают вследствие активности биологических механизмов болезни, и к реальности их содержание не имеет никакого отношения. Главный практический вывод, который из этого следует, заключается в том, что с больным не имеет смысла спорить. Никакие аргументы, даже самые, казалось бы, убедительные, не способны изменить его болезненные убеждения.

С другой стороны, разумеется, с больным не следует и соглашаться. Некоторые члены семьи больных, не желая вступать с ними в дискуссию, делают вид, что согласны с их высказываниями. Так поступать не следует, потому что таким способом нельзя улучшить состояние больного. Что касается родственников, то они неизбежно попадают в нелепое положение. Во-первых, они оказываются вынужденными вести себя, мягко говоря, странно; во-вторых, они лишаются возможности внятно объяснить больному, почему они считают нужным показать его врачу.

Лучше всего прямо и честно сказать больному, что его высказывания носят болезненный характер и посоветоваться с врачом нужно именно поэтому. Конечно, следует быть готовыми к тому, что больной будет категорически с этим не согласен. В споры вступать не нужно. От дискуссии лучше уклониться, ограничившись, например, замечанием, что каждый имеет право на собственную точку зрения. Подобную позицию не всегда легко сохранить. Иногда это бывает очень даже трудно, но постараться стоит. Правдивая позиция хороша, прежде всего, тем, что родственник не рискует выглядеть обманщиком в глазах больного. Это чрезвычайно важно. Даже если придется госпитализировать больного помимо его желания, члены семьи все равно не становятся его врагами: они ведь не обманывали больного, их точки зрения просто не совпадали. Сохраняется возможность объяснить больному, что члены семьи на его стороне и хотят ему помочь. Даже в том случае, если больной будет категорически не согласен с госпитализацией, он может упрекнуть родственников только в том, что их методы помощи с его точки зрения непригодны, но не в том, что они его обманули и предали.

Лечение шизофрении. Главный метод лечения шизофрении — лекарства. Психотерапия используется тоже, но она играет вспомогательную роль, помогая пациенту решить возникающие в связи с болезнью проблемы.

Современные лекарственные препараты почти во всех случаях шизофрении позволяют добиться существенного улучшения состояния больного. Степень этого улучшения бывает различной. Иногда она такова, что можно говорить о практическом восстановлении психического здоровья. Иногда удается лишь достичь того, что актуальность бредовых идей уменьшается, но больной остается убежденным в их правильности.

Если в результате лечения удастся достичь хорошей ремиссии, то рано или поздно возникает вопрос: сколько же можно принимать таблетки?

Ответ на этот вопрос труден, и даже врач не всегда готов принять абсолютно обоснованное решение. Всякий раз это приходится обсуждать. При этом необходимо строго следовать двум принципиальным положениям. Во-первых, решение о прекращении терапии никогда не принимается без лечащего врача: оно может быть только совместным. Во-вторых, нужно хорошо понимать, что прекращение лечения увеличивает риск рецидива. Поэтому, размышляя над тем, прекратить ли лечение, нужно тщательно взвесить все «за» и «против». Например, «за» прекращение лечения могут говорить серьезные побочные эффекты (например, ожирение), или беременность и вскармливание ребенка, или тяжелая психологическая реакция на необходимость постоянно принимать лекарства. Главным аргументом против прекращения лечения всегда является повышение риска обострения (важно подчеркнуть, что речь идет именно о риске, обострение не является неизбежным). Вот и приходится всякий раз соразмерять конкретные поводы, по которым лечение хочется прекратить, и величину возможного риска. В идеале решение принимают в результате открытого и откровенного обсуждения, в котором принимают участие все заинтересованные стороны: пациент, его родные и лечащий врач.

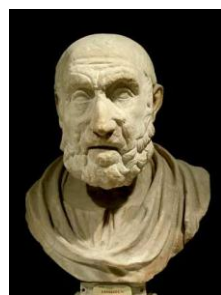
В процессе лечения может возникнуть и другая ситуация, к которой тоже следует относиться с пониманием. Речь идет о случаях, когда лечение не помогает. Многие приходят в отчаяние, бросают лечиться, считая, что это бесполезно, или бросаются на поиски «альтернативных методов», переходя от одной «целительницы» к другой.

Лечение у всякого рода целителей, ворожей и экстрасенсов не поможет наверняка. К большому сожалению, случается, что и с помощью лекарств добиться улучшения очень трудно. Но ведь «трудно» не означает «невозможно». Достичь хотя бы частичного улучшения можно практически всегда, даже в тех 3-4% случаев, к которым относятся самые тяжелые формы шизофрении. Правда, иногда приходится долго перебирать лекарственные препараты в поисках подходящего. Ведь известно только, что основным лекарственным препаратом для лечения шизофрении всегда является нейролептик, но какой именно окажется самым подходящим для данного пациента, заранее сказать нельзя. Разные люди по-разному реагируют на каждый из них как в смысле эффекта, так и в смысле переносимости. Случается, что препарат переносится очень хорошо, но не помогает, а бывает наоборот: эффект замечательный, но побочные явления настолько выражены, что перенести такое лечение невозможно. Вот и приходится иногда экспериментировать многие недели, пробуя то один препарат, то другой, прежде чем найдется подходящий.

В последнее время в научной литературе появилась информация о том, что генетический анализ может позволить заранее предсказать, какое лекарство окажется наиболее подходящим в данном конкретном случае. Пока соответствующие методы не вышли за пределы научных лабораторий. Но прогресс в современном мире происходит быстро, и, может быть, уже скоро подбор подходящего лекарства перестанет быть такой трудной проблемой.

Глава 5. Аффективные и невротические расстройства

*Главная цель семинара – добиться понимания, что аффективные и невротические расстройства, несмотря на их внешнее сходство с обычными человеческими эмоциями, – болезни, которые нужно лечить; от них нельзя избавиться, «взяв себя в руки». Кроме того, важно, чтобы слушатели поняли, что это **психические** болезни, и даже если они выглядят как соматические, например, паническое расстройство, лечить их все равно следует у психиатра.*



Пожалуй, депрессия — единственное расстройство, которое с древности до наших дней описывается как психическое заболевание, в основе которого лежит пониженное настроение. Нам хорошо известно, что депрессию описывал еще Гиппократ, который называл это состояние «меланхолией». Происхождение слова указывает на то, в чем Гиппократ видел причину депрессии: *μελας* — по-гречески «черный»; *κολος* — желчь. Как известно, Гиппократ считал, что здоровье обеспечивается равновесием в организме четырех «основных жидкостей» — крови, слизи, желтой и черной желчи. Преобладание черной желчи и вызывает, по Гиппократу, меланхолию. Хотя мы сегодня и знаем, что черная желчь не виновата в возникновении депрессии, ее еще в начале прошлого века называли меланхолией, а затянувшееся плохое настроение мы и сейчас иногда называем именно так.

Удивительно, что, несмотря на столь долгую известность, многие и сегодня не воспринимают депрессию, как болезнь. Очень и очень часто родственники и знакомые терзают больных требованиями «отвлечься», «разгуляться» или просто «взять себя в руки». Иногда депрессию расценивают, как проявление слабости характера; в некоторых культурах этот взгляд особенно распространен; считают даже, что женщине позволительно страдать депрессией, но для мужчины это «непростительная слабость».



Возрождению знаний о депрессии, утерянных в период средневековья, мы обязаны французскому психиатру Жану Фальре (Jean Pierre Falret, 1794—1870). Получив степень доктора медицины в возрасте 27 лет, под влиянием работ Филиппа Пинеля и его ближайшего ученика Эскироля, Фальре начал заниматься психиатрией. В 1831 году, в возрасте 37 лет, Фальре был назначен главным врачом крупной психиатрической больницы в местечке Сальпетриер близ Парижа, и занимал это пост в течение 36 лет, до 1867 года.

Фальре не только заново описал депрессию; он обнаружил, что у больных, которые страдали ею, часто наблюдается и другое состояние, похожее на зеркальное отражение депрессии — мания. В 1851 году он издал книгу, которая называлась «О циркулярном помешательстве, или об одной форме психической болезни, характеризующейся сменой маниакального состояния меланхолическим». Позже Крепелин описывал то же заболевание под названием «маниакально-депрессивный психоз», оно же сегодня называется «биполярное аффективное расстройство».

Разумеется, за истекшие полтора столетия взгляды на эту болезнь изменились, главным образом в связи с тем, что с течением времени к психиатрам обращаются люди с все менее и менее тяжелыми расстройствами. Особенно ярко это понимаешь, когда читаешь описание депрессии в старых книгах. В одном из учебников психиатрии, опубликованном в начале XX века, описан, как указывает автор, «легчайший случай депрессии». С сегодняшней точки зрения это описание выглядит, как тяжелейший психоз, какие встречаются не так уж часто. Автор учебника рассматривал этот случай как «легчайший» по той простой причине, что в его время существовала только *больничная психиатрия*, и люди, которые, хоть и болели, но могли обойтись без больницы, к психиатрам не обращались. Поэтому психиатры того времени никогда не встречали больных, состояние которых не требовало госпитализации.

Сегодня мы понимаем, что, подобно любой болезни, аффективное расстройство может протекать и очень тяжело, и настолько благоприятно, что оно либо остается не выявленным до конца жизни больного, либо выявляется случайно.

Как обычно, вместе с расширившимися представлениями о болезни проявляются и новые проблемы, требующие осмысления и обсуждения. Так, например, выяснилось, что легкие депрессии могут протекать под маской других — соматических! — заболеваний. Иными словами, главным проявлением депрессии оказывается не подавленное настроение, а в какие-либо физические недомогания. Пониженное настроение воспринимается и самим больным, и врачами, как естественная реакция на соматическое нездоровье. Человек месяцами ходит от одного врача к другому, проходит множество обследований, принимает то одни лекарства, то другие, страдает от побочных эффектов и от сознания того, что болезнь остается не распознанной.

Казалось бы, проблему можно решить, существенно повысив психиатрические познания врачей общего профиля. Однако, во-первых, это не так просто; во-вторых, даже если терапевт заподозрил депрессию, ему совсем непросто рекомендовать пациенту консультацию психиатра. Слишком часто люди с возмущением отвергают подобный совет. Поэтому не только врачи, но и все люди нуждаются в том, чтобы знать, что такое депрессия. И, разумеется, нужно много работать, чтобы преодолеть предубеждения общества против психиатрической помощи.

Депрессия — очень частое расстройство. Даже в легкой форме оно причиняет больному тяжелое страдание, а если депрессия глубокая, то страдание становится невыносимым. Риск самоубийства у депрессивных больных очень велик.

Депрессия — всегда временное расстройство; даже если ее не лечить, она пройдет, правда, неизвестно когда. В наше время, когда психиатры располагают целой группой очень эффективных антидепрессантов, нет смысла терпеть даже легкую депрессию. Лучше лечить ее, но сначала, конечно, нужно понять, что человек заболел, а не просто хандрит.

Классическая симптоматика депрессии складывается из трех основных компонентов: тоска; замедленность, заторможенность движений; заторможенность интеллектуальных процессов. При тяжелой депрессии больные жалуются на невыносимую тоску, которая ощущается физически, почти как боль за грудиной, в области сердца. Походка больного становится медлительной, жестикуляция — скупой, речь — тихой. Мимика становится бедной: на лице застывает гримаса страдания. Заторможенность интеллектуальных процессов проявляется в ощущении, что стало трудно соображать, что ухудшилась память. Больной жалуется, что он поглупел, не может справиться с мыслями, не может читать, не знает, как ответить на простой вопрос. На самом деле никакого интеллектуального дефекта при депрессии не возникает. Когда она проходит, все способности полностью восстанавливаются.

Как все классические случаи, описанная картина встречается не так уж часто. Врачу обычно приходится сталкиваться с депрессивными состояниями, которые сильно отличаются от описанной модели.

Обычно считается, что если у человека в течение двух недель или дольше можно обнаружить три–четыре признака из приведенного ниже списка, то есть основания заподозрить депрессию, и имеет смысл проконсультироваться с психиатром. Вот эти признаки:

- Пониженное настроение.
- Утрата обычных интересов.
- Невозможность получить удовольствие от того, что обычно его доставляло.
- Повышенная утомляемость и снижение активности.
- Затруднения при попытке сосредоточиться.
- Снижение самооценки и неуверенность в себе.
- Склонность обвинять себя в разного рода ошибках и проступках.

- Пессимистический взгляд на будущее.
- Нарушение сна.
- Снижение аппетита.

Как уже говорилось, *мания* представляет собой противоположное депрессии состояние и проявляется в виде повышенного настроения, особенной двигательной активности и ускорении интеллектуальных процессов. При выраженных маниакальных состояниях безудержная веселость, неадекватность поведения и чрезмерная говорливость больных (многие даже хрипнут из-за этого) не оставляют у окружающих никаких сомнений в необходимости обратиться за помощью. Однако легкие маниакальные состояния обычно не приводят больного к врачу. Они воспринимаются и больным, и его окружением не как болезненное состояние, а, наоборот, как период особенного благополучия. В это время голова работает необыкновенно четко, энергии много, усталость практически не ощущается, даже потребность в сне уменьшается. Больной весел, жизнерадостен, остроумен, подвижен. Люди творческих профессий ощущают в это время особое вдохновение и бывают очень продуктивны. Естественно, что ни у кого и мысли не возникает о болезни. По этой причине подобные — легчайшие — маниакальные состояния (их еще называют гипоманиакальными) редко выявляются даже при расспросе больных о прошлой жизни, тем более что и особенной необходимости констатировать их наличие до самого последнего времени не было. Поэтому всегда считалось, что бывают они редко, во всяком случае, гораздо реже, чем депрессия.

В последние годы выявление подобных состояний приобрело практическую важность. Это связано с появлением в арсенале психиатров так называемых нормотимиков (первыми для этого использовались препараты лития). Регулярный и длительный прием подобных лекарств часто приводит к прекращению расстройств настроения. Однако нормотимики по-настоящему эффективны только при *биполярном* аффективном расстройстве, то есть тогда, когда у больного бывают и депрессивные, и маниакальные состояния. При *монополярном* течении болезни, когда у пациента бывают только депрессии, применение нормотимиков не показано. Поэтому теперь психиатры стараются «прицельно» расспрашивать пациентов, страдающих от депрессии, чтобы попытаться обнаружить в их прошлом хотя бы самый легкий маниакальный эпизод. И оказалось, что они бывают очень и очень часто, гораздо чаще, чем думали раньше.

Помимо биполярного аффективного расстройства, относящегося к числу эндогенных заболеваний, депрессия (как всякий синдром) может встретиться и при других болезнях. В частности, известна так называемая *реактивная (или психогенная) депрессия*, возникающая вследствие тяжелой психической травмы. Реактивная депрессия — очень частое расстройство. К счастью, в огромном большинстве случаев она протекает сравнительно легко и обычно проходит, не требуя врачебного вмешательства.

Очень часто депрессия оказывается одним из проявлений невротического расстройства. Неврозы поражают множество людей. Их симптомы не исчерпываются расстройствами настроения. Кроме депрессии и тревоги, очень частыми симптомами невроза бывают страхи, навязчивости, сомнения.

Одним из важнейших и очень частых невротических расстройств является так называемое *паническое расстройство*.

Болезнь заключается в том, что у человека вдруг развивается острейший приступ нездоровья (паническая атака), сопровождающийся ощущением тяжелой, угрожающей жизни катастрофы. Возникают чувство нехватки воздуха или даже удушья; сердцебиение и боли в области сердца; головная боль; повышение артериального давления; головокружение; тошнота. Больной испытывает сильнейший страх. Ему кажется, что он вот-вот упадет, потеряет сознание, умрет от инфаркта или инсульта. В некоторых случаях приступ сопровождается ощущением путаницы в мыслях. Возникает страх, что можно «потерять над собой контроль» и сойти с ума.

Через несколько минут или часов приступ проходит, оставляя после себя растерянность, тягостное ощущение, что «я тяжело заболел» и страх, что приступ повторится.

Поскольку больной живет в тревожном ожидании следующего приступа, он начинает ограничивать свою жизнь всякими предосторожностями (не ездит в метро, избегает людных мест и т.д.)

Естественно, что после первой же панической атаки больной идет к врачу, чаще всего к терапевту или кардиологу. К сожалению, паническое расстройство при первом визите не распознается почти никогда. Больного начинают обследовать, направляют на различные консультации, пробуют назначать лекарства, нормализующие артериальное давление и пульс. Безуспешные попытки лечения продолжаются достаточно долго (иногда несколько лет) пока, наконец, больной не попадет к психиатру. Современные методы терапии позволяют справиться с паническим расстройством в течение нескольких недель.

Что следует знать о паническом расстройстве?

- Паническая атака никогда не приводит к смерти;
- Паническое расстройство излечимо;
- На самом деле основной симптом заболевания — не физические ощущения, а страх. Именно страх порождает и повышение кровяного давления, и чувство удушья, и сердцебиение, и все остальные ощущения. И именно страх нужно лечить прежде всего.
- При лечении панического расстройства обычно сочетают лекарства и психотерапию

Еще один важный и часто встречающийся невротический синдром — *навязчивости (обсессивно-компульсивный синдром)*. Навязчивости и депрессия — «близкие родственники». Случается даже, что навязчивости сопровождают депрессию, усиливаясь и ослабевая одновременно с усилением или облегчением депрессивного расстройства.

В наиболее легком своем виде навязчивости известны практически каждому. Это мотив, песенка, которая привязывается и бесконечно повторяется; чаще всего это забавно, но, если скоро не проходит, может вызвать раздражение и желание от нее избавиться. Песенка — иногда чуть раньше, иногда чуть позже — отвязывается. Однако в болезненном состоянии освободиться от навязчивости не удается.

По содержанию навязчивости могут быть очень разными. Бывают навязчивые сомнения, вынуждающие человека снова и снова проверять, запер ли он дверь, выключил ли электричество; навязчивый счет, когда человек до изнеможения считает прохожих, или окна домов, или плиты на тротуаре; навязчивые действия, заставляющие его, например, трижды оглянуться на свое окно перед тем, как уйти на работу. Существует обширная группа навязчивых страхов (*фобии*) — боязнь загрязнения (и больной десятки раз в день моет руки), боязнь высоты, пустых и замкнутых пространств, боязнь покраснеть, страх перед публичными выступлениями. Число фобий чрезвычайно велико. Все они называются греческими терминами (в древней Греции верили в бога страха по имени Фобос). Поскольку фобии характеризуются не только огромным числом, но и бесконечным разнообразием, старые психиатры называли их «садом греческих корней».

Какими бы ни были навязчивости, им обязательно свойственны три особенности:

- Ощущение, что они возникают сами по себе, помимо воли;
- Они сопровождаются, как говорят психиатры, полной критикой, то есть нелепость происходящего прекрасно осознается больным;
- Больной изо всех сил старается избавиться от них, но никак не может.

Навязчивости требуют очень длительного и терпеливого лечения. Это важно понимать, чтобы не приходить в отчаяние от первых неудач и не метаться от одного врача к другому.

Генерализованное тревожное расстройство. Как все невротические состояния, оно встречается очень часто и, пожалуй, реже других приводят больного к врачу, потому что тревожность часто расценивается просто как особенность характера. Однако если тревога становится очень выраженной, без врачебной помощи обойтись не удастся.

Болезненная тревога неукротима, она не оставляет человека ни на минуту, лишая его и лишая сна и покоя. Все попытки успокоить больного безуспешны, потому что, перестав волноваться по одному поводу, он немедленно находит другой. Как и при депрессии, следует понимать, что речь идет о болезни, поэтому бессцельными являются попытки взывать к разуму больного, требовать, чтобы он отвлекся, успокоился или «переменил обстановку».

Ниже перечислены основные признаки тревожного расстройства:

- Ожидание неудач, волнение по любому поводу
- Невозможность сосредоточиться
- Суевливость, «внутренняя дрожь», невозможность расслабиться
- Головные боли, головокружение
- Потливость, сердцебиение, учащенное дыхание, сухость во рту.

Глава 6. Экзогенные заболевания:

Последствия черепно-мозговой травмы; психогенные расстройства; алкоголизм и наркомания. Психические расстройства пожилого возраста.

Хотя заболевания, о которых идет речь в настоящей главе, не составляют единой группы, имеет смысл рассмотреть их на одном занятии. К некоторым из них (алкоголизм) общество относится слишком легко; другие часто вовсе не считают болезнью (расстройства, связанные со старением); роль таких вредностей, как черепно-мозговая травма или тяжелое душевное потрясение, наоборот, часто преувеличивается. Важно дать слушателям представление об истинной картине, частоте и значении каждой из перечисленных болезней.

Самые частые психические расстройства связаны с последствиями травм, как физических, так и душевных. *Черепно-мозговые травмы* (ушибы, сотрясения мозга, контузии) в мирное время часты только у представителей определенных профессий, например, у шахтеров. В военные годы их очень много, – великий русский хирург Н.И.Пирогов называл войну «травматической эпидемией».

Картина психических расстройств, возникающих после черепно-мозговой травмы, зависит от времени, прошедшего после нее. Непосредственно за травмой следует потеря сознания, иногда довольно продолжительная. По длительности бессознательного состояния можно судить о тяжести травмы и, в соответствии с этим, о риске тяжелых психических расстройств в будущем. После сравнительно легких травм бессознательное состояние продолжается всего несколько секунд или минут; придя в себя, больные часто не могут вспомнить, что с ними происходило непосредственно перед травмой. Этот симптом называется ретроградной амнезией; при легких травмах забывание охватывает всего нескольких минут. В подобных — легких — случаях психические расстройства этим исчерпываются, и в последующем их не бывает. При более тяжелой черепно-мозговой травме и беспамятство, и ретроградная амнезия охватывают более продолжительное время – до нескольких дней. В этом случае в отдаленном периоде травмы – обычно через несколько месяцев – тоже могут возникнуть определенные расстройства: у больного ухудшается память, он начинает легко уставать, жалуется на головные боли, делается очень раздражительным. Такой синдром называется «трав-

матической энцефалопатией», которая может определять состояние больного на протяжении длительного времени. К счастью, последствия черепно-мозговых травм со временем сглаживаются, расстройства идут на убыль, и здоровье постепенно восстанавливается. Только после очень тяжелых травм дефект в виде нарушений памяти и даже интеллектуального снижения может остаться навсегда.

Психическая травма чаще всего становится причиной расстройства, которое называется «реактивной депрессией». Ее клиника в общем сходна с депрессией любого другого происхождения, однако ее важнейшая особенность заключается в том, что со временем острота переживаний уменьшается, страдание сглаживается и настроение выравнивается. Обычно реактивная депрессия не требует вмешательства врача, потому что обходится сама собой. Только в самых тяжелых случаях больных приходится лечить.

Запредельная психическая травма, выходящая за рамки обычного человеческого опыта, — участие в военных действиях, внезапные техногенные и природные катастрофы, грубое и угрожающее жизни насилие — может стать причиной заболевания, которое называется *посттравматическим стрессовым расстройством* (ПТСР). Это заболевание описано американскими психиатрами, изучавшими ветеранов войны во Вьетнаме. В России по понятным причинам ПТСР часто называют «чеченским» или «афганским» синдромом.

Больные ПТСР выглядят враждебными, замкнутыми, грубыми. С ними трудно разговаривать, потому что никак не удастся достичь взаимопонимания, как будто говоришь с ними на разных языках. Часто кажется, что больной относится к тебе с презрением, держит себя нарочито вызывающе, «в грош тебя не ставит». Понятно, что в связи с этим люди, страдающие ПТСР, с трудом устраиваются и с еще большим трудом удерживаются на работе, особенно если учесть, что обычные требования к трудовой дисциплине оказываются для них неприемлемыми. Неблагоприятный «имидж» этих людей усугубляется их склонностью к спиртному и наркотикам. Все это способствует их социальному отторжению, в результате они очень часто вовлекаются в криминальные структуры.

Но это только одна сторона медали. Субъективно ПТСР выглядит совершенно иначе. Это глубоко страдающие несчастные люди, раздираемые страшными воспоминаниями о пережитом; эти воспоминания внезапно, помимо воли возникают все вновь и вновь, наяву и во сне — что особенно страшно, потому что сон у них и без того нарушен, а когда удастся заснуть, он прерывается кошмарными сновидениями. Тяжелое настроение преследует их постоянно. Оно усугубляется впечатлением, что большинство людей, которые не пережили того, что пережили они, не в состоянии их понять. Общаться же с товарищами по несчастью трудно по той причине, что это общение оживляет воспоминания, от которых так хотелось бы освободиться.

Запущенное, давно существующее посттравматическое стрессовое расстройство лечить трудно. Не только потому, что застарелые болезни вообще трудно лечить, но и в силу специфики страдания: ведь врачи тоже кажутся больным людьми, неспособными их понять.

Проще не допустить развития ПТСР, чем потом лечить его. Первый признак, говорящий о возможном впоследствии развитии ПТСР, — это появление депрессивного состояния в первые дни или недели после стрессового события. Это состояние нужно как можно раньше начинать лечить, несмотря на то, что оно часто воспринимается, как естественная реакция на чрезвычайную ситуацию, которую пришлось пережить.

Особое место в психиатрической практике занимают *алкоголизм и наркомания*. Эти расстройства настолько своеобразны, что несколько десятков лет назад наркология была выделена в отдельную специальность.

Сущность этих расстройств заключается в том, что в результате длительного (а иногда и кратковременного) употребления алкоголя или другого наркотического веще-

ства у человека возникает физическая и психологическая зависимость от него. Зависимость выражается в том, что если раньше человек пил или вводил себе наркотик, чтобы испытать особое, приносившее ему удовольствие, самочувствие, то теперь он вынужден это делать просто для того, чтобы чувствовать себя нормально, потому что без новой «дозы» он испытывает физические и психологические страдания. Среди причин алкоголизма и наркомании очень большое место занимают условия социального характера, анализ которых выходит за рамки настоящего руководства.

Болезни пожилого и старческого возраста приобретают тем большее значение, чем дольше становится средняя продолжительность человеческой жизни. Благодаря успехам медицины во второй половине XX века люди стали жить гораздо дольше, чем раньше: в наиболее благополучных странах средняя продолжительность жизни достигла (и даже превысила) 80 лет. В связи с этим происходит так называемое «постарение населения», — иными словами, доля людей старшего поколения (обычно к нему относят тех, кому больше 60 лет) в населении постепенно увеличивается. К сожалению, в соответствии с этим постепенно увеличивается и частота психических расстройств, свойственных пожилому возрасту.

Обычно говорят о двух группах таких расстройств: так называемых функциональных и органических. Что касается функциональных заболеваний, то по своим проявлениям они почти ничем не отличаются от бредовых и аффективных психозов, возникающих в молодом возрасте. Разумеется, у пожилых людей они имеют определенные особенности, но эти особенности важны только для специалистов. Пожалуй, имеет смысл подчеркнуть только одно: бред у пожилых людей обычно очень и очень правдоподобен. Он касается обыденных бытовых проблем, никогда не содержит очевидных нелепостей и поэтому очень долго никому из окружающих не приходит в голову, что речь идет о психическом расстройстве. В качестве примера можно привести очень частый у стариков бред ущерба: они обвиняют родных или соседей в том, что те крадут у них деньги, продукты; портят вещи, устраивают мелкие гадости (например, подбрасывают мусор к их двери) и т.д. Такое расстройство, будучи нераспознанным, иногда делает жизнь совершенно невыносимой как для самого больного, так и для его близких. Отношения портятся, становятся напряженными и даже враждебными. Родственники кричат на старика, обвиняют его в том, что он выжил из ума, даже не подозревая, насколько они близки к истине.

Большое значение имеют *органические заболевания пожилого возраста*, в особенности *болезнь Альцгеймера*, название которой в наше время стало известно почти всем.



Алоиз Альцгеймер (Alois Alzheimer; 1864—1915) получил образование в Вюрцбурге и Берлине, после защиты докторской диссертации некоторое время работал ассистентом в клинике нервных болезней во Франкфурте-на-Майне. По приглашению Э. Крепелина переехал сначала в Гейдельберг, а затем в Мюнхен, где с 1904 по 1912 руководил анатомической лабораторией психиатрической клиники Э. Крепелина. С 1912 до конца жизни — ординарный профессор психиатрии в Бреслау. Изучал течение прогрессивного паралича, шизофрении, эпилепсии. Мировую известность получил благодаря клиническому и анатомическому описанию болезни мозга, которая по предложению Крепелина названа его именем.

В принципе болезнь Альцгеймера может начаться уже после 40 лет, хотя это случается редко. С увеличением возраста риск болезни Альцгеймера прогрессивно возрастает. Биологическая основа болезни Альцгеймера состоит в постепенной атрофии коры головного мозга, в гибели нервных клеток, обеспечивающих нормальную психическую деятельность. Первые признаки болезни Альцгеймера обычно просматривают-

ся: все слишком привыкли к тому, что с возрастом у человека могут заостриться некоторые, обычно не самые приятные, черты характера, что память слабеет, что все чаще и чаще стареющий член семьи нуждается в помощи родных. Часто случается, что родственники всерьез начинают беспокоиться после внезапного странного и пугающего эпизода, который никак не укладывается в представление о нормальном старении. Например, дедушка пошел в булочную, куда он постоянно ходит много лет подряд, и вдруг заблудился. Соседи привели его домой растерянного и напуганного. Или, проснувшись поутру, он стал расспрашивать родных, кто это приходил к ним в дом сегодня ночью, подробно описывая внешность и одежду мнимых гостей. Если что-то подобное происходит, то больного, разумеется, сразу же показывают психиатру, который, к сожалению, обнаруживает симптомы уже достаточно далеко зашедшей болезни.

На поздних этапах течения болезни Альцгеймера больные утрачивают возможность ориентироваться в собственной квартире, не способны понять, какое стоит время года, не узнают собственных детей, а иногда и своего отражения в зеркале. Они не могут самостоятельно одеться, не способны соблюдать элементарные требования гигиены. По ночам у них часто возникает так называемое состояние спутанности, которое заключается в нецеленаправленном возбуждении, стремлении куда-то идти, иногда – во внезапной агрессии.

Раннее выявление болезни Альцгеймера еще совсем недавно не имело большого значения, потому что эффективных методов ее лечения не было. Психиатр мог только с грустью констатировать это заболевание и предупредить родственников, что они должны готовиться изменить образ своей жизни: недалек день, когда беспомощный старик будет нуждаться в постоянном присмотре и уходе.

В самые последние годы ситуация начала принципиально меняться. Появились лекарственные препараты, с помощью которых удастся надолго затормозить прогрессирование болезни Альцгеймера и тем самым подарить стареющему человеку еще многие годы самостоятельной независимой жизни. Поэтому своевременное выявление этой болезни приобрело огромное практическое значение. И именно в связи с этим знание возможных первых проявлений этой болезни стало таким важным.

Препараты, которые используются при болезни Альцгеймера, составляют особую группу; в нее сегодня входят реминил, экселон, арисепт, акатинол мемантин, гингко билоба, нейромидин. Этот список часто пополняется, потому что исследователи всего мира прилагают много усилий, создавая все более эффективные лекарства.

Глава 7. Общие сведения о лечении психических заболеваний.

Психотерапия. Социотерапия. Психофармакотерапия.

Слушатели должны получить четкое представление о возможностях и границах применения лекарственного лечения психических расстройств, психотерапии и социотерапии. Важно понимать, что эти методы лечения не исключают, а дополняют друг друга. При всей значимости психотерапии и социотерапии главным методом лечения наиболее тяжелых заболеваний все-таки являются лекарства, и необходимо дать слушателям представление об основных группах психофармакологических препаратов, о принципах, которыми руководствуется врач при подборе лечения, о том, что такое купирующая и поддерживающая терапия. Слушатели должны узнать о наиболее часто встречающихся побочных действиях лекарств и научиться отделять реально существующие угрозы от распространенных в обществе мифов о психотропных препаратах.

При наиболее серьезных психических заболеваниях очень редко удается достичь желаемого результата, используя лишь какой-либо один из существующих методов лечения. Каждый из них — и психотерапия, и социотерапия, и лекарственная терапия, —

имеют свои задачи, свои возможности, свои достоинства, свои ограничения и свои риски.

Психотерапия — самый ранний метод реального лечения психических расстройств. Еще в древней Греции некоторые психотерапевтические приемы (они, конечно, назывались в то время иначе) использовались для лечения депрессии и даже психозов. В средние века все достижения в терапии психических расстройств были забыты, потому что к ним относились не как к болезням, а как к сверхъестественным явлениям. Однако уже в XVI веке великий врач Парацельс (1493-1541) рекомендовал использовать психотерапию для лечения психозов.



Термин «психотерапия» был введен в практику английским врачом Уолтером Купером Денди (Walter Cooper Dendy) в 1853 году. Особую роль в ее развитии и широком распространении сыграл Зигмунд Фрейд.



Зигмунд Фрейд (Sigmund Freud; 1856—1939) — австрийский невролог и психиатр. Он основал психоаналитическую школу в психологии, получив мировую известность благодаря созданной им теории «бессознательного» и его роли в человеческой жизни. Он создал также концепцию о «вытеснении» и о значении этого феномена в происхождении психических расстройств. Он ввел в психиатрическую практику особую форму диалога между пациентом и психотерапевтом, цель которого заключалась в попытке вскрыть психологический механизм имеющегося расстройства и тем самым устранить его.

Работы Фрейда оказали решающее влияние не только на распространение и методологию психотерапии, но и на психиатрическую науку в целом. Особенно заметный след они оставили в англоязычных странах. Психика человека, его внутренняя жизнь, стали пониматься, как нечто более глубокое, сложно организованное и динамичное, активное и изменчивое. Основанный на таком подходе вид лечения — психоанализ — показал, что понимание человеком глубинных связей происходящего с ним обеспечивает хороший терапевтический эффект.

Число применяемых в настоящее время психотерапевтических методик огромно. Известно и осуществляется на практике около 400 разновидностей психотерапии для взрослых пациентов и примерно 200 — для детей и подростков. В частности, можно назвать поведенческую, когнитивно-бихевиоральную, интерперсональную, психообразовательную, экзистенциальную психотерапию. Заслуживают внимания такие ее методы, как арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, танцевально-двигательная терапия, музыкотерапия. Различают групповую, индивидуальную и семейную психотерапию.

Большой выбор методик — одна из самых сильных сторон психотерапии. Кроме того, ее достоинства заключаются в том, что она мобилизует психологические ресурсы личности; разумеется, с ее помощью относительно легко добиться высокой комплаентности пациента (иначе говоря, точного соблюдения пациентом рекомендаций врача); в небольшом риске осложнений; в возможности решения важных проблем пациента.

Как и другие виды лечения, психотерапия имеет свои возможности и ограничения, показания и противопоказания. Она не может противопоставляться лекарственному лечению, но занимает важное место в комплексной помощи больному.

Различные виды психотерапии применяются ко всему спектру психических заболеваний, а также к соматическим расстройствам, если на самочувствие пациента оказывают влияние и психологические факторы. Однако при наличии психотических нарушений ее использование возможно только в комплексных программах терапии, необходимым звеном которых является лекарственное лечение. С помощью психотера-

пии в таких случаях возможно обучение навыкам по отслеживанию изменений состояния (ухудшений), эффективна работа со стигматизацией и самостигматизацией, а так же решение широкого спектра проблем, связанных с социальной адаптацией больного.

Не стоит ждать от психотерапии мгновенных результатов. Короткие психотерапевтические программы позволяют получить необходимые знания, обучиться различным навыкам, порой существенно влияющим на качество жизни (например, общение), однако более глубокие (личностные) изменения возможны только при длительной работе, результат которой зависит не только от профессионализма терапевта, но и от усилий самого пациента.

Социотерапия направлена на устранение социально-психологических последствий болезни. Как и психотерапия, она насчитывает множество методик, которые относительно просто использовать. Их стоимость невелика, длительность применения не ограничена, а эффект необыкновенно значителен. Однако, разумеется, с помощью социотерапии в большинстве случаев невозможно добиться устранения симптомов болезни. Применение ее методик связано с риском упрощенчества и возникновения шаблонов (что, к сожалению, наблюдается очень часто). Стоит подчеркнуть, что социотерапия невозможна без настоящего партнерства между всеми участниками.

Основная цель социотерапии заключается в восстановлении у пациента самоуважения и уверенности в своих силах.

Наконец, *психофармакотерапия* направлена на устранение симптомов болезни путем воздействия на механизм их возникновения. Если бы эта цель была достижима полностью и во всех случаях, никакие другие терапевтические методы были бы не нужны; к сожалению, в наше время это еще не так, хотя успехи психофармакотерапии очень велики.

Помимо сказанного, достоинства лекарственной терапии состоят и в том, что ее достаточно просто использовать; мы располагаем большим выбором лекарств; при необходимости лечиться можно неограниченно долго.

К слабым сторонам психофармакотерапии прежде всего относится, конечно, то, что при самых серьезных и распространенных заболеваниях она недостаточно эффективна. Кроме того, при ней трудно добиться хорошей комплаентности (опыт показывает, что примерно треть пациентов плохо выполняют предписанный режим лечения). Необходимо подчеркнуть существенный риск осложнений, возникающих при лекарственной терапии, а также ее высокую стоимость.

При всех своих недостатках психофармакотерапия — основной метод лечения психических расстройств, и поэтому о ней необходимо говорить более подробно. Прежде следует сказать несколько слов о «психотронном оружии», «зомбировании» и других мифах, сложившихся вокруг этих лекарств.

Поскольку эти представления уже названы «мифами», понятно, что к реальности они имеют весьма слабое отношение. Но интересно следующее. Ведь мифы — это не сказка и не ложь. Это представления, пусть и фантастические, но непременно такие, в основе которых лежит какая-то реальность. Какая же реальность лежит в основе мифов о том, что, например, психофармакологические препараты могут использоваться как особое оружие? Это очень просто: ведь эти лекарства, в отличие от всех других, действуют на наши эмоции, волю, мышление. Психиатры, пациенты, родственники пациентов очень хорошо знают, что с помощью определенных средств можно развеселить человека, можно, наоборот, успокоить того, кто чрезмерно весел, можно устранить бредовые убеждения (которые совсем не все способны отличить от заблуждений) и т.д. Немудрено, что в обществе распространилась идея о возможности управлять психическими процессами каждого человека, давая ему соответствующие лекарства.

Тут-то и начинается миф. Дело в том, что с помощью антидепрессантов можно повысить настроение только у того, кто страдает депрессией. Если депрессии нет, то антидепрессанты могут вызвать множество побочных эффектов, могут не произвести

никакого действия, *но улучшить настроение они не способны*. Нейролептики действительно могут помочь, если у больного бред, но *изменить убеждения, которые бредом не являются, с помощью нейролептиков нельзя*.

Реальность заключается в том, что психофармакологические препараты способны эффективно воздействовать на психические феномены, которые являются проявлениями болезни – и только.

Разумеется, – и это всем известно – психофармакологическая терапия часто сопровождается выраженными побочными эффектами, и больные в этом состоянии могут выглядеть плохо. Родственники, навещая их в больнице, часто с ужасом рассказывают, что больной стал непохож на себя, у него текут слюни, он еле двигается и еле говорит. Не слишком грамотные и не слишком деликатные люди прибегают к весьма грубым сравнениям, чтобы описать свое впечатление.

Впечатление действительно бывает тяжелым, и именно оно лежит в основе мифа, согласно которому психофармакологические лекарства могут превратить человека в «зомби». Миф начинается отсюда, потому что все, у кого есть соответствующий опыт, знают, что побочные эффекты проходят, как только отменяется или изменяется лечение.

В заключение этого раздела зададим вопрос: может ли психотропный препарат причинить реальный вред? Разумеется, может, если его применять не по назначению или неграмотно. Но ведь это, в сущности, относится к любому лекарству. Во всех случаях и во всех областях медицины лекарства должны применяться грамотно. Это основа основ.

Перечислим основные группы психофармакологических препаратов и главные лекарства, входящие в каждую из них.

Нейролептики	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Нормотимики
Аминазин Тизерцин Трифазин (Стелазин) Галоперидол Этаперазин Сонапакс (Меллерил) Хлорпротиксен (Труксал) Эглонил (Эглек) Неулептил Модитен-депо Азалептин Клопиксол Флюанксол Рисполепт Зипрекса Солиан Сероквель Абилифай Зелдокс	Амитриптилин Мелипрамин Анафранил Пиразидол Азафен Людиомил Леривон Паксил (Рексетин) Золофт (Асентра) Феварин Иксел Симбалта Эфевелон (Велаксин) Ципрамил Ципралекс	Реланиум (Седуксен, Сибазон, Релиум) Тазепам (Нозепам) Феназепам Клоназепам Лорафен Элениум Альпразолам (Ксанакс, Хелекс) Рудотель Грандаксин Афобазол Атаракс	Карбонат лития (Седалит) Депакин хроно (Дивальпроекс, вальпарин, вальпроевая кислота) Ламиктал (Ламитор) Финлепсин (Карбамазепин, Тегретол)

Чем же руководствуется врач при назначении того или иного препарата или их комбинации?

Часто пациент, прочитав вкладыш, вложенный в упаковку с лекарством, с ужасом спрашивает у врача: «у меня шизофрения? Ведь в показаниях написано, что препарат применяется при шизофрении!» Доктору долго приходится успокаивать пациента и объяснять ему, что на самом деле практически ни один психофармакологический препарат не предназначен для лечения определенной болезни. Все они – или почти все – направлены на лечение состояния, синдрома, а не болезни. Так, антидепрессантами лечат депрессию вне зависимости от того, возникла ли она в рамках биполярного аффективного расстройства, шизофрении или психогенной реакции. Если у больного бред или галлюцинации, ему наверняка назначат нейролептик, вне зависимости от того, чем

он болен – шизофренией, алкогольным психозом или болезнью Альцгеймера. Ламиктал в принципе является противосудорожным препаратом, но помогает при колебаниях настроения, и поэтому часто применяется при биполярном расстройстве. Все это очень важно понимать и не пугаться, когда лекарство, известное как средство против очень тяжелых психических расстройств, назначается при гораздо более легких. Особенно это относится к нейрорептикам.

Еще одна особенность описаний, которые вкладываются в упаковку с лекарством, заключается в обширном перечислении возможных осложнений. Их список бывает очень длинным, это часто пугает и пациента, которому назначен препарат, и его родственников. Полезно знать, что современное международное законодательство требует от фирм, производящих лекарственные препараты, перечислять в сопровождающих лекарство документах, в том числе во вкладышах, все нежелательные явления, которые встречались в период его испытания. Следует подчеркнуть, что речь идет обо всех нежелательных явлениях, даже о тех, связь которых с приемом лекарства нельзя доказать, а также о тех, которые встречались редко, даже в единичных случаях. Поскольку испытания продолжаются много лет и на очень больших группах пациентов, нежелательных явлений набирается много, и список получается длинный. Но это вовсе не значит, что вероятность всех этих явлений велика.

Лекарства назначают *с разными целями*; это очень важно; стоит хорошенько понять, что такое *купирующая* и *поддерживающая* терапия.

В период обострения болезни главная задача лечения состоит в том, чтобы *справиться с имеющимися симптомами*, по возможности устранить их, причем желательно сделать это как можно скорее, особенно если в связи с обострением пациент оказался вынужденным лечь в больницу. Поэтому врач использует максимальные дозы лекарств, даже идет на то, что у больного разовьются очень неприятные побочные явления (например, скованность, тремор и тому подобные): важно, чтобы поскорее прошло обострение, потом дозу лекарства можно снизить, а может быть, назначить другой препарат, и побочные явления пройдут.

Вне обострения, в период ремиссии, цель терапии состоит в том, чтобы *минимизировать риск обострения*. Эта задача диктует совершенно другую тактику в подборе лекарственных препаратов и их доз. Нужно добиться того, чтобы лечение, во-первых, действительно обеспечивало стабильное состояние пациента, а во-вторых, чтобы оно не мешало ему жить. Врач вынужден балансировать, подбирая лечение так, чтобы оно было эффективным и не вызывало побочных эффектов. Это всегда нелегко, часто очень трудно, иногда — недостижимо, и с какими-то побочными эффектами приходится мириться. Чем ближе к партнерским отношениям между врачом, пациентом и его родственниками, тем легче добиться эффективного компромисса.

Глава 8. Социальные проблемы, связанные с психическими расстройствами.

Неустроенность современного общества и нерешенность многих социальных проблем наносят порой сокрушительные удары по наименее защищенным слоям населения, в первую очередь, по больным и инвалидам. Особенно уязвимыми и социально неустроенными оказываются психически больные, и вот почему. Начало и наиболее активный период болезни часто приходится на молодой возраст, когда социальные связи и навыки человека либо еще не сформированы, либо непрочны. Многие больные не успевают получить образование, приобрести специальность, обзавестись семьей. Длительное пребывание в больнице, отсутствие или недостаточность программ реабилитации тоже препятствуют их социальной адаптации. Все это приводит к тому,

что больные с психическими расстройствами чувствуют себя все более неуверенными, одинокими, забытыми и покинутыми.

В ходе семинара слушатели должны совместно с преподавателем сформулировать основные социальные проблемы психически больных и их семей и получить пищу для размышления о том, как наилучшим образом их разрешить. Семинар лучше построить в форме вопросов и ответов. Вначале можно предложить слушателям перечислить, с какими социальными проблемами они сталкиваются в повседневной жизни и как, с их точки зрения, с этими проблемами можно было бы справиться. Задача преподавателя — изменить пассивную пессимистическую позицию участников на более активную и конструктивную. С одной стороны, слушатели должны понять, что они не одиноки в своих трудностях, что с ними сталкивается большинство семей больных; с другой стороны, они должны уяснить, что только собственная активность и совместные усилия могут улучшить ситуацию.

Социальные аспекты лечения. Поиск помощи. Пребывание в психиатрической больнице. Человеку, столкнувшемуся с проблемами психического здоровья, в первую очередь требуется помощь психиатра. Получить психиатрическую помощь можно в районном психоневрологическом диспансере, в психиатрической больнице (если необходимо стационарное лечение), либо в частых лечебных учреждениях. В последнее время врачи-психиатры все чаще появляются в районных поликлиниках и соматических (городских клинических) больницах. Решиться на обращение к психиатру — всегда трудно, особенно в первый раз. Страшно, что могут «признать сумасшедшим», получить клеймо «псих». Мы уже говорили, что эти опасения продиктованы мифами, которые разделяет большинство людей, включая и заболевших. Образованные пациенты и их родственники хорошо понимают, что на самом деле психические болезни в принципе ничем не хуже и не лучше соматических.

Так же как и при любом другом заболевании, при психической болезни человек может попасть в больницу. Юридические аспекты госпитализации будут обсуждаться в отдельной главе; здесь мы обсудим лишь ее социально-психологические аспекты.

Лечение в государственных психиатрических больницах — бесплатное. В случае плановой госпитализации (не по скорой помощи) пациент имеет право лечь в любую психиатрическую больницу своего региона, подав соответствующее заявление на имя главного врача.

Первая госпитализация обычно является тяжелым стрессом для семьи больного. Если пациента госпитализируют в остром психотическом состоянии, его родственники принимают на себя всю меру ответственности за свое решение. Очень часто они боятся, что состояние больного может ухудшиться от потрясения, связанного с госпитализацией, от того, что его будут окружать «буйные безумцы», что бытовые условия в больнице слишком плохи. Они чувствуют себя предателями по отношению к больному, опасаются, что он никогда им этого не простит; боятся навсегда утратить его доверие; боятся, наконец, что, выйдя из больницы, больной станет им мстить.

На самом деле бояться всего этого не стоит. Человек, находящийся в остром психотическом состоянии, настолько поглощен своими болезненными переживаниями, что факт госпитализации или не слишком хорошие бытовые условия вряд ли травмируют его. Самое же главное — лечение, которое в подобных обстоятельствах может быть организовано только в больнице и которое важнее всего прочего. Пациент в процессе лечения становится мягче, родным делается легче контактировать с ним, легче находить общий язык, у них появляется возможность объяснить, почему госпитализация была единственно возможным решением.

Нужно признать, что в психиатрическом стационаре действительно могут шокировать запертые двери, решетки на окнах, открытые кабины в туалетах и т.д. Необходимо понимать, что устройство психиатрической больницы вынужденно отличается от устройства стационара общего профиля. Это связано со спецификой его контингента:

ведь пациенты бывают разные, и некоторые из перечисленных неудобств обусловлены необходимостью обеспечить безопасность всем больным, находящимся в отделении. С этим ничего поделать нельзя.

Однако с многими отрицательными сторонами организации бытовых условий в психиатрической больнице не только можно, но и нужно бороться. Часто администрация учреждения оправдывает плохие условия содержания больных отсутствием средств, недостатком персонала и т.д. Однако при одном и том же финансировании в одних больницах чисто, уютно, и персонал доброжелателен, а в других – все наоборот. Пациенты и их родственники могут и должны добиваться соблюдения своего права на человеческие условия и уважительное отношение. В одиночку это делать трудно, даже невозможно, а вот вместе – вполне реально.

Долгожданная выписка из стационара и возвращение домой тоже может оказаться сложным периодом для пациента. Слишком большим оказывается контраст между бытующей в больнице определенностью и структурированностью режима, отсутствием необходимости проявлять самостоятельность и требованиями, предъявляемыми самостоятельной жизнью дома, возвращение к прежним делам, активности. Бывает, что в первые дни после выписки из стационара пациент испытывает растерянность, доходящую до паники, и даже просит о возвращении в больницу. Чтобы этого избежать, семье больного полезно начать готовить его к самостоятельной жизни заранее, еще до выписки домой. Например, планировать первые недели пребывания дома, составляя распорядок дня, список мелких поручений, которые он должен выполнить, заранее обсуждая и равномерно распределяя необходимые встречи и т.д. При этом необходимо соблюдать баланс между помощью больному в возвращении к обычной жизни и предоставлением ему самостоятельности: чрезмерная опека стороны близких способна ухудшить моральное и психологическое состояние выписавшегося пациента.

В нашей стране создан блестящий принцип преемственности при лечении психических заболеваний: после выписки из стационара продолжение лечения и оказание психосоциальной и реабилитационной помощи пациенту и его семье берет на себя психоневрологический диспансер. Благодаря этому множество больных получают возможность систематически находиться под наблюдением психиатра и длительно обходиться без госпитализаций.

В идеале это так, в жизни – часто иначе. К сожалению, истинная преемственность лечения соблюдается не всегда, и добиваться практической реализации этого принципа — тоже может быть задачей общественных организаций.

Часто пациенты и их близкие интересуются возможностью санаторно-курортного лечения для пациентов с психическими заболеваниями. Специализированных санаториев психиатрического профиля не существует просто по той причине, что санаторное лечение не помогает при психических расстройствах. Что касается санаториев другого профиля (неврологического, сердечно-сосудистого, опорно-двигательного и т.д.), то лица с психическими расстройствами могут ими пользоваться при наличии соответствующих заболеваний. Путевки выдает специальная комиссия; за направлением для сбора необходимых документов и анализов нужно обращаться к участковому врачу-терапевту. Отказ в санаторной путевке из-за наличия психического заболевания — нарушение прав пациента (если только его состояние позволяет находиться в санатории; комиссия может запросить об этом психоневрологический диспансер).

Выбор врача. Вопрос, как найти хорошего врача-психиатра, волнует многих. «Всемирное содружество людей, столкнувшихся с проблемой шизофрении» дает несколько полезных советов на эту тему, определяя, что хороший психиатр – это тот, который:

- Предпринимает активные действия, чтобы связаться с семьей.
- Не будет настаивать на подробной беседе при первой встрече, но сразу распознает больного, находящегося в остром состоянии, в котором он не контактен.

- Считает болезнь (речь идет о шизофрении) результатом поражения мозга, вызванного биологическими, а не психологическими факторами.
- Достаточно тверд, чтобы не пойти на поводу у родственников или самого больного относительно методов лечения; достаточно подготовлен, чтобы открыто обсуждать симптомы, методы лечения и побочные эффекты; это человек, который не стремится делить людей на больных и здоровых и который считает, что в области психиатрии нет никакой мистики.
- Достаточно гибок, чтобы экспериментировать с лечением и относиться к родственникам больного как к членам команды, борющимся за выздоровление, когда это уместно.
- Готов назначать более редкие визиты в соответствии с финансовыми возможностями семьи и заботится больше о пользе больного, чем о своих доходах.
- Серьезно и с уважением относится к мнению семьи.

Для того чтобы лучше и легче строить взаимоотношения с врачом, пациенту (возможно, с помощью близких) рекомендуется вести дневник, в котором будут отражены сведения о самочувствии, о действии препаратов. Примерными графами такого дневника могут быть следующие: дата – настроение — принимались ли препараты – побочные эффекты – главные события дня – проблемы, неприятности – тревожные симптомы. Так врачу будет легче понять и оценить динамику состояния пациента, действие препаратов, имеющиеся проблемы, уровень активности больного. Самому пациенту и его близким благодаря этой информации станет яснее, как изменяется день от дня состояние, каковы побочные действия лечения, каков его эффект. Будет легче отслеживать симптомы ухудшения состояния.

Перед консультацией у врача важно подготовить список вопросов, которые пациент намерен ему задать. Лучше, если эти вопросы будут записаны, а рядом будет оставлено место, где можно будет записать ответы доктора.

Для того чтобы найти общий язык с психиатром, требуются обоюдные усилия. Конечно, многое зависит от врача, но многое и от пациента. В частности, нужно понимать, что врач – это всего-навсего человек, и возможности его не безграничны. Поэтому не нужно ожидать от него волшебства. И не стоит перекладывать на него всю ответственность за лечение и, тем более, судьбу пациента. Оптимальный результат всегда достигается совместным трудом целой команды: врача, пациента и его близких.

Смена врача. Если, несмотря на приложенные усилия, пациент и близкие не удовлетворены отношениями с лечащим врачом, пациент имеет право сменить его. Для этого нужно обратиться с соответствующим заявлением к заведующему отделением (или к главному врачу диспансера). Имеет смысл заранее собрать отзывы о других докторов, к которым можно перейти (например, от других пациентов). Кроме того, стоит поинтересоваться, есть ли у врача возможность взять еще одного пациента (его участок может быть перегружен).

При желании больной может сменить не только врача, но и — в пределах своего региона — диспансер, в котором он наблюдается.

Физическое здоровье. Темой многих конференций по проблемам качества жизни психических больных в последнее время являются проблемы, связанные с плохим физическим здоровьем пациентов. С одной стороны, сами пациенты не уделяют достаточно внимания состоянию своего физического здоровья, с другой стороны, неудовлетворительным оказывается внимание врачей к соматическому здоровью психически больных. Психиатры недостаточно мотивируют пациентов консультироваться у врачей общего профиля. Что же касается врачей общей практики, то они, если знают, что данный пациент лечится у психиатра, нередко склонны все его жалобы списать на психическое расстройство.

За своим физическим здоровьем следить необходимо, даже если оно не вызывает особенной тревоги. Не стоит пренебрегать регулярными обследованиями, а иногда их

нужно требовать. Важно следить за своим рационом, это поможет сбросить лишний вес. Прибавка в весе – частый результат побочного действия современных препаратов, это нужно знать и вовремя принимать необходимые меры (иногда — попросить врача заменить лекарство).

Трудоспособность и трудоустройство. Перенеся психическое заболевание, важно вернуться как можно к более полноценной и качественной жизни, в том числе – к работе или учебе.

Хотя многие пациенты нормально продолжают трудовую деятельность, у некоторых возникают трудности, и они считают, что работать не могут. Важно понять причину такой точки зрения. Одно дело, если человек действительно плохо себя чувствует или должен слишком часто госпитализироваться (в этом случае может быть трудно найти достаточно терпеливого работодателя). Совсем другое дело — если пациент смирился с ролью жертвы и уверовал в собственную неполноценность и никчемность. В первом случае можно отложить поиски работы до лучших времен, во втором — требуется психотерапевтическое вмешательство.

Хотя найти подходящую работу для больного человека бывает не так-то просто, этим стоит заниматься, потому что это очень важно. При этом важнейшая сторона дела заключается не в финансовой заинтересованности, а в чувстве собственной полноценности, востребованности, нужности. Как свидетельствуют многие исследования, именно это чувство, которое дает работа, является самым полезным для улучшения качества жизни пациентов.

Поиск работы. Для тех, кто решил, что работа – и возможное, и необходимое ему занятие, может возникнуть следующая проблема – где и как ее искать?

Здесь нет особых секретов. Сначала необходимо сориентироваться, какой вид деятельности, какие вакансии наиболее подходят человеку, каков круг его требований к работе и каковы ограничения (лучше все это сформулировать и написать на отдельном листе). Например, для всех страдающих психическими заболеваниями не подходит работа с ночным графиком. Нежелательными являются и чрезмерные нагрузки, работа в условиях повешенного стресса и рисков.

Можно искать работу по своей специальности, а можно исходить из того, что пациент по своему состоянию может делать на данный момент. Иногда легче искать работу, относясь к ней как к временной; получив работу, можно продолжать поиск лучших условий.

Важно искать работу сразу в нескольких направлениях. Можно встать на учет на биржу труда; необходимо регулярно просматривать объявления в газетах, специальных изданиях и Интернете; нужно поместить свое резюме на различных сайтах, обзвонить организации и фирмы, в которых могут пригодиться определенные специалисты, сообщить как можно большему числу знакомых и близких, что человек ищет определенную работу. Поступающие предложения – подтверждение необходимости и востребованности пациента, если же предложений недостаточно – вероятно, было затрачено мало усилий или они неверны. Имеет значение и сезонность: известно, что найти работу после периода летних отпусков сложнее, чем перед ними.

Собеседование — в сегодняшней жизни необходимый этап трудоустройства. Даже если нет достаточной уверенности в собственных силах, стоит сходить на собеседование. Хорошие специалисты регулярно публикуют свои резюме и ходят на собеседования, даже если они удовлетворены работой, относясь к этому, как спорту, необходимым тренировкам самопрезентации и общения с начальством (потренировавшись, снижаешь риск отказа просто из-за неумения преподнести себя). Кроме того, только так можно узнать о выгодных предложениях, проверить свою удачу. Желательно предварительно потренироваться, уметь коротко и ясно рассказать о своем образовании, предыдущем опыте работы, своих сильных сторонах и профессиональных качествах. На встрече следует быть активным, задавать вопросы, подробно выясняя условия работы.

Не стоит торговаться, но обязательно следует высказывать свои пожелания и требования к работе. Ведь не только работодатель выбирает работника, но и работник выбирает работу и работодателя. Спешить и соглашаться сразу на любые условия — дурной тон, это может создать впечатление о слишком большой заинтересованности и низкой квалификации. Работодатель должен почувствовать, что человек, пришедший к нему, уважает себя, а, следовательно, и его следует уважать, что он не просто ищет работу, а выбирает достойную себе из имеющихся вариантов (пусть даже их не столь много).

На вопрос, стоит ли сообщать работодателю о проблемах с психическим здоровьем, однозначного ответа не существует. К сожалению, в настоящее время еще очень часто права пациентов, имеющих психические заболевания, нарушаются, и нет гарантии, что, доверившись работодателю, можно быть уверенным, что он не будет принимать решение о приеме на работу под влиянием бытующих о психических заболеваниях мифах. Никто не может обязать пациента рассказывать столь интимные вещи о себе. С другой стороны, в случае частых госпитализаций, необходимости соблюдения определенного режима и условий труда, помощи пациенту на этапе адаптации и в случае ухудшения состояния важно обсудить эти вопросы с работодателем, а иногда и с сотрудниками (если работа связана с одновременной деятельностью целой команды специалистов). К счастью, многие пациенты имеют опыт удачного общения с руководством по поводу проблем со своим здоровьем. Для облегчения разговора на эту тему важно подготовить такие формулировки своих проблем, которые сделают их понятными, но не испугают и оттолкнут. Например, если начать с названия своего диагноза, разговор с работодателем может на этом и закончиться. Совсем другое дело, если человек скажет работодателю, что у него, к примеру, «бывают определенные трудности со здоровьем, если он переработает или нарушит режим труда», или «бывают периоды плохого настроения и упадка сил, когда необходимо лечь в больницу для восстановления». Это, кстати, может произвести на работодателя хорошее впечатление: человек умеет рассчитать свои силы, он предупредит, если у него возникнут проблемы, а не исчезнет бесследно, что, к сожалению, случается частенько.

Отказ в приеме на работу или увольнение по причине психического заболевания незаконно и является поводом для обращения в суд. Работодатели прекрасно знают об этом, поэтому, понятно, если хотят избавиться от больного сотрудника, используют другие формулировки. Однако важно не списывать все трудности на работе и в коллективе на имеющуюся болезнь. Ведь среди больных (как и среди здоровых людей) встречаются плохие сотрудники, и увольнение может быть связано именно с этой причиной, а вовсе не с болезнью.

Инвалидность. В определенных случаях люди с психическими заболеваниями имеют право на получения инвалидности. Решение о присуждении группы инвалидности обычно выносят специальные комиссии — МСЭК, чаще по предложению лечащего врача диспансера или больницы или (реже, но возможно) по настоянию самого пациента и его родственников.

В настоящее время существуют три группы инвалидности. Первая группа присваивается пациентам с самыми серьезными расстройствами, когда больной не только не может работать, но нуждается в постороннем уходе. Вторая группа инвалидности подразделяется на две степени тяжести, с правом и без права работать. Третья группа инвалидности назначается в тех случаях, когда больной трудоспособен лишь с некоторыми ограничениями.

После присвоения группы инвалидности пациенту выдается пенсионное удостоверение, назначается пенсия по состоянию здоровья, полагаются определенные льготы. Сведения о присужденной степени и группе инвалидности заносятся в трудовую книжку. Нередко, несмотря на присвоенную пациентам не рабочую группу инвалидности, пациенты устраиваются на работу без трудовой книжки, на контрактной основе, скры-

вая факт инвалидности. Это является нарушением трудового законодательного кодекса, но, к сожалению, встречается часто.

Через определенное время комиссию необходимо снова проходить для подтверждения или изменения группы. Динамика болезни может быть разной, потребность в льготах в связи со здоровьем также может меняться. В некоторых случаях пациентам дают бессрочную группу инвалидности. Если же психическое заболевание прошло и у пациента есть желание снять группу инвалидности, например, из-за того, что социальный аспект инвалидности сильно препятствует жизни и деятельности пациента – такое возможно. Обычно, для этого требуется прохождение специального консилиума специалистов, чаще это происходит в условиях стационара.

Жилье. Люди с психическими заболеваниями имеют определенные льготы при получении отдельного жилья. Подробно познакомиться с данными льготами и своими правами, условиями их получения можно в районной управе защиты населения (РУЗН), законы и постановления часто меняются. Добиваться своих прав не всегда просто, поэтому стоит запастись терпением. В некоторых случаях может потребоваться квалифицированная консультация юриста.

Беззащитность больных в отношении жилья часто сильно преувеличивается. Если речь не идет о слабоумии или злоупотреблении алкоголем или наркотиками, то больной человек может распоряжаться своей собственностью (в том числе и жильем) достаточно грамотно. Если все же опасения пациента и его семьи по поводу собственности обоснованны, прежде всего, стоит изучить юридическую сторону вопроса и проконсультироваться у юриста. Скорее всего, он порекомендует оформить специальные документы, защищающие собственность пациента в случае, если он вступает в брачные отношения, у него появляются дети, сдает квартиру, комнату в своей квартире, дарит собственность, оформляет договора ренты и т.д.

Утрата дееспособности. Если пациент страдает слабоумием или по какой-либо другой причине не может самостоятельно управлять своими денежными и имущественными делами, суд (и только суд!) может признать его недееспособным. В таком случае принадлежащим больному имуществом распоряжается опекун. За тем, насколько хорошо заботится опекун о своем подопечном, следит опекунский комитет.

Семья. К сожалению, нередко психическая болезнь нарушает или разрушает семейные отношения.

Во-первых, не все пациенты успевают обзавестись собственной семьей до болезни. Потом созданию семьи мешают самые разные опасения и страхи, которые существуют и у самого больного, и у его близких, и у потенциальных супругов. Во-вторых, болезнь часто приводит к распаду уже сложившейся семьи. Не все способны принять изменившуюся в связи с заболеванием ситуацию, кто-то не выдерживает трудностей, кого-то пугают перспективы совместной жизни с больным человеком.

Жизнь в семье — важнейший фактор благополучия больного. Поэтому нужно стремиться преодолеть хотя бы очевидные стереотипы и заблуждения, нарушающие семейные отношения.

Миф первый. Больным нельзя заводить семью из-за плохой наследственности, их дети обязательно заболеют психическим заболеванием. В подавляющем большинстве случаев у больных с психическими заболеваниями рождаются здоровые дети. Например, у любого новорожденного риск заболеть шизофренией составляет примерно 1%. Если один из родителей болен, риск гораздо выше – около 7%, в случае болезни обоих родителей он еще выше — до 30%; однако даже в этом случае получается 70 шансов из ста, что ребенок останется здоровым.

Миф второй. Из-за лекарств больные не могут иметь детей, у них отмечаются проблемы с потенцией, из-за приема препаратов рождаются дети с уродствами. В некоторых случаях, связанных с длительным приемом определенных лекарств, действительно могут возникнуть проблемы с потенцией. Это побочный эффект; если про-

блемы такого рода возникли, нужно сказать об этом лечащему врачу, как при любых побочных эффектах терапии, с этим можно справиться путем назначения корректоров или замены препарата.

Разумеется, планирование беременности в условиях психофармакологической терапии требует специального внимания. Во время беременности, особенно в первой ее половине, принимать большинство психотропных препаратов не следует. Поэтому, планируя беременность, женщина должна обсудить с врачом возможность приостановить терапию. Если в данное время это рискованно, лучше отложить беременность. Если беременность уже наступила, психотропные препараты продолжают принимать лишь в связи с крайней необходимостью, когда их отмена связана с высочайшим риском обострения. Но в этом случае беременность лучше прервать.

Общение. Общение – это искусство. При психических болезнях поддерживать общение и контакты с кем-либо, пусть даже со старыми знакомыми, близкими, – кажется порой невозможным. Болезнь и связанные с ней обстоятельства (например, длительная госпитализация) не дают возможности сложиться и упрочиться социальным связям и контактам. Поэтому пациенту приходится заново их восстанавливать, учиться общаться. Полезно специально ставить перед собой задачу поддерживать имеющиеся контакты, например, регулярно просматривать свою записную книжку и звонить друзьям и знакомым, интересуясь новостями в их жизни. Полезно регулярно рассылать поздравительные открытки, письма друзьям и близким в канун праздников.

Часто люди, столкнувшись с болезнью, не могут определиться – с кем им общаться: с такими же пациентами, как они сами, или со здоровыми людьми. Одни пациенты стараются общаться лишь с теми, кто не знаком с болезнями, избегая всякого напоминания о случившемся с ними; другие, наоборот, предпочитают общаться только с «товарищами по несчастью». Принципиального значения это не имеет. Опыт болезни не всегда означает аналогичные переживания и абсолютное понимание между людьми. Большинство людей способны понять проблемы друг друга, не сталкиваясь лично с ними. Обычно это определяется личными качествами человека – способностью поставить себя на место другого, способностью к сочувствию и т.д. Основу же общения составляет общность интересов, мнений, взглядов, наконец, взаимная симпатия.

Для многих пациентов на начальном этапе преодоления трудностей общения и установления отношений преимущественным по целому ряду причин является дистанционное общение (переписка, общение по интернету, телефону). Постепенно, оно может переродиться в более прочные отношения, более личные и непосредственные.

Хорошим источником общения является работа, место учебы, клубы по интересам, то есть все формы, которые объединяют людей.

Несмотря на то, что не существует простых способов решения проблем общения, пациенты могут воспользоваться следующими рекомендациями:

- Постарайтесь обсудить имеющиеся проблемы во взаимоотношениях с близкими.
- Помните, что болезнь часто делает нас более уязвимыми, ранимыми и чувствительными, все воспринимается острее. Старайтесь не волноваться и не беспокоиться, размышляя, почему кто-то не перезвонил или избегает общения.
- Научитесь мириться. Точки зрения людей могут отличаться, но это не повод прекращать контакты.
- Поддерживайте связь с родными, пусть они будут в курсе ваших проблем, не отказывайтесь от помощи.
- Заводите новые знакомства, тренируйтесь общаться – в магазине, на рынке, в киоске, когда покупаете газету и т.д..
- Посещайте специальные тренинги общения, социальных взаимоотношений в диспансере, больницах.

- Готовьтесь к общению, например, имейте варианты ответов на самые простые вопросы – Как дела? Что новенького? Попробуйте составить список вопросов, которые вы хотели бы задать собеседнику и при встрече постарайтесь это сделать.

- Начните с малого и постепенно совершенствуйте свои навыки и мастерство.

- Посещайте группы взаимной поддержки – ведь это и есть модель общества, где можно научиться общаться, потренироваться это делать. Кроме того, это еще и объединение людей, которые знакомы с данными проблемами как никто другой и наверняка с удовольствием поделится своим опытом.

Глава 9. Стигма.

Слушатели должны осознать важность проблемы, получить представление о том, какие существуют варианты ее решения, а главное – получить «пищу для размышлений». Важно также научить слушателей верно «распознавать» проявления стигмы. Для инициации дискуссии участникам предлагается по очереди высказаться, например, сталкивались ли они когда-нибудь с предвзятым мнением к своей семье со стороны окружающих по причине психической болезни родственника.

Стигма (stigma) по-латыни означает «признак, клеймо позора, открытая рана» и происходит от греческого «укол», «ожог», «клеймо». В древности существовал обычай клеймить рабов и преступников, выжигая на их теле клеймо. Начиная со второй половины XIX века, слово «стигма» стало употребляться в переносном смысле как «метка, клеймо, ярлык». В средневековой медицине слово «стигма» употреблялось как синоним понятия «симптом» (до сих пор мы иногда говорим об истерических стигмах).

В современном мире понятия «стигма», «стигматизация», употребляются чаще всего в социологическом значении. Это явление имеет две составляющих. Во-первых, некоторой группе людей необоснованно приписывается определенная отрицательная характеристика (например, «все финны медлительны», или «все милиционеры взяточники»). Во-вторых, если конкретный человек по основному признаку принадлежит к этой группе, то ему приписывается и соответствующая характеристика (всякий финн непременно считается медлительным, а всякий милиционер – взяточником, хотя в конкретных случаях это может оказаться вовсе не так).

Информация о том, что некий индивид страдает психическим расстройством (иногда даже просто о том, что он обращался к психиатру), определяет принадлежность этого индивида к социальной группе психически больных. Относительно этой группы в обществе господствуют устойчивые отрицательные представления.

Несколько лет назад в НЦПЗ РАМН был проведен социологический опрос. Все вопросы касались «человека, который лечился в психиатрической больнице». Никакой другой информации (давно ли этот человек лечился, каковы результаты лечения, с каким диагнозом он лечился и т.д.) намеренно не давалось. У людей спрашивали, может ли такой человек занимать какую-нибудь руководящую должность; может ли он быть избран депутатом всероссийского или местного законодательного органа; может ли он работать в правоохранительной системе; может ли он работать с детьми. Отрицательный ответ в первом случае дали 68% опрошенных, во втором – 72%, в третьем – 80%, в четвертом – 84% опрошенных. Следует еще раз подчеркнуть, что респонденты не знали, тяжело или легко этот гипотетический человек болен; продолжает он болеть или уже выздоровел. Однако никто из них не попытался хоть что-либо уточнить. «Он лечился в психиатрической больнице» — такая информация представлялась людям вполне достаточной для категоричного суждения.

Это и есть социальная стигматизация. «Психически больные не могут занимать руководящие должности, они не могут работать в правоохранительных органах, и воспитывать детей» — такова господствующая в обществе характеристика, приписываемая *всей группе* психически больных, и, если кто-то психически болен, к нему автома-

тически применяется эта характеристика (точно так же, как любому финну автоматически приписывается медлительность).

Известно, что большинство пациентов с психическими расстройствами и их семьи (вторые чаще косвенным образом) подвергаются подобной дискриминации со стороны общества; практически всем им, в той или иной степени, пришлось столкнуться со стигматизацией. К кому-то стало плохо относиться начальство и коллеги, увидев больничный лист, выписанный в психиатрической больнице; с кем-то после госпитализации переставали общаться друзья; кому-то отказывали в работе или помощи, опасаясь, что он «псих»; кто-то подвергался различного рода оскорблениям и унижениям и т.д.

Обсуждая проблему социальной стигматизации, очень важно понимать, что не всякое отрицательное отношение к человеку, который болен психически, обусловлено стигматизацией. Например, на работе сотрудники могут плохо относиться к больному потому, что он плохой работник и не справляется со своими обязанностями, из-за того, что он часто конфликтует в коллективе и т.д. К стигме это никакого отношения не имеет, потому что отрицательное отношение к такому человеку объясняется его личными качествами, а не признаками, приписываемыми группе.

Последствия стигмы достаточно серьезны и тяжелы. Больной и его близкие находятся в ситуации сильного морального и психологического напряжения, подвергаясь оскорблениям, различного рода необоснованным лишениям и ограничениям, ущемлению прав. В результате пациенты и их семьи начинают чувствовать себя «не такими как все», «плохими», постоянно испытывать чувство вины, вынуждены отрицать или скрывать факт болезни, опасаясь «разоблачения». В таких условиях становится страшно и трудно обратиться за помощью к психиатру, ведь это лишь «подтвердит» обвинения окружающих. Так нарастает отчуждение от знакомых, коллег, друзей, общества в целом. Это ведет к ухудшению качества жизни, социальной дезадаптации.

Немного истории. Распространенность стигмы в разных культурах. Стигма известна с давних времен; она распространена и в примитивных, и в развитых обществах. Корни ее различны – более поверхностные и более глубокие, на одни повлиять легче, на другие – сложнее.

Основой стигматизации являются общественное мнение, бытующие в нем стереотипы.

Вообще говоря, стереотипы в обществе необходимы. Общественное мнение призвано и обязано поощрять определенные приемлемые модели поведения и «не подкреплять» неприемлемые. Ритуалы отвержения, провокации чувства вины у тех, чье поведение неприемлемо, призваны обеспечить безопасность общества. Любой стереотип содержит «полезную» информационную часть, которая должна регулировать отношения окружающих с данным человеком или ситуацией. Так, например, исследования содержания понятия «инвалид» в общественном сознании показали, что благодаря стойкому стереотипу люди ассоциируют с этим словом необходимость заботиться и помогать людям, подпадающим под это понятие.

В соответствии с этим стереотипное представление о психически больном содержит не только отрицательную информацию. В это представление входит также необходимость сочувствия, ассоциация между психической болезнью и гениальностью и т.д. Однако, говоря о стигме, разумеется, в первую очередь мы имеем в виду отрицательные стороны этого явления.

Общественное мнение меняется крайне медленно, и этот факт обуславливает устойчивость стигматизации. Стереотипные представления о психически больных в основном сложились во времена приютов, когда психиатрические учреждения не были больницами, а представляли собой места для содержания безумцев с тяжелейшим расстройством поведения.

Представления людей не являются просто знаниями, они сцеплены с идеологическими, мистическими, религиозными представлениями, а также с эмоциями. В случае болезней – это разного рода страхи. Поскольку причины важнейших психических болезней неизвестны, а сами болезни выглядят необычно, возникает благоприятная почва для множества мифов, например, о наказании за грехи, порче, «бесноватости» и т.д. Кроме того, часто возникают ошибочные представления о причинах возникновения психических заболеваний, которые тоже усиливают стигматизацию. Например, в недавнем прошлом возникновение шизофрении приписывали определенному типу воспитания детей или поведения матерей (бытовало даже понятие «шизофреногенной матери»). Хотя уже доказано, что эта теория ошибочна, многие родители больных и сегодня страдают от чувства вины.

Стигматизация продолжает существовать благодаря невежеству общества, недостаточности популярных и в то же время достоверных источников знаний о психических болезнях, их лечении. Существование же множества некомпетентных изданий и статей, смакующих шокирующие факты из жизни психически больных, поддерживают и укрепляют бытующие в обществе отрицательные стереотипы. Так, например, мы в значительной мере обязаны журналистам в распространении мифа об опасности и непредсказуемости психически больных. На самом деле здоровые люди совершают правонарушения гораздо чаще, чем больные.

Общая нетерпимость современного общества способствует тому, что слова, относящиеся к описанию диагноза и состояния больного, используются в переносном смысле, как метафора, а часто и как ругательство: «больной», «псих», «сумасшедший» и т.д., а психиатрическую больницу иначе как «психушка», почти никогда не называют.

Кроме того, в современном обществе, ориентированном на престиж, даже болезни делятся на «престижные» (например, болезни сердца) и «непрестижные» (например, геморрой). К этим последним относятся и психические болезни.

Вносят свой вклад в процесс стигматизации и различного рода социальные и культурные аспекты. В частности, в России больные жалуются на дискриминацию, связанную с социальной стигматизацией, реже, чем больные из стран Западной Европы. Это удивительно, потому что много лет подобная дискриминация в нашей стране была очень жесткой. Возможно, что этот парадокс связан с меньшей требовательностью жителей России к условиям своей жизни. Это было убедительно показано в рамках опроса пациентов психиатрических больниц в Москве и в штате Висконсин (США); опрос был проведен во время совместного исследования НЦПЗ РАМН и Университета этого штата. Суть исследования заключалась в попытке выяснить, что нужно сделать, чтобы пребывание в психиатрической больнице было как можно менее тягостным. Нужно заметить, что в основном точка зрения русских и американских пациентов (как, впрочем, и врачей, и медсестер) практически полностью совпала. Однако в некоторых (второстепенных?) деталях различия получились очень впечатляющими.

На вопрос «О какой возможности вы мечтаете, находясь в больнице?» американцы ответили, что хотели бы взять с собой из дома любимую кошку или собаку. Русские сказали что, во-первых, было бы хорошо отделить курительную комнату от уборной, а во-вторых, хотелось бы иметь возможность пользоваться душем чаще, чем раз в 10 дней.

Разумеется, пациенты в российских психиатрических больницах знают и о некуской еде, и о недостаточной внимательности врачей, и о грубости среднего и младшего персонала. Однако очень часто, когда беседуешь с ними об этом, они говорят — «Что ж вы хотите? Это ведь больница, а не санаторий...»

Не в этом ли объяснение того факта, что российские пациенты реже жалуются на дискриминацию в связи со стигмой?

Самостигматизация. Сказанное выше имеет прямое отношение к явлению, которое называется самостигматизацией.

Естественно, что психически больные разделяют все существующие в обществе стереотипы, потому что они родились и выросли в этом же самом обществе. Это относится и к стереотипам в отношении психических болезней. Поэтому, заболев, многие начинают относиться как к «людям второго сорта» *к себе самим*. Они стыдятся бывать в обществе здоровых людей, опасаясь сказать что-нибудь не так; им кажется, что даже по внешнему виду можно догадаться, что они больны. Часто это приводит к тому, что больной перестает стремиться улучшить свою жизнь («я ничего не могу, потому что я психически больной»).

Самостигматизация поддерживает предубеждения по отношению к психически больным и тенденцию к их дискриминации.

Программы «антистигма».

Общественное мнение хоть медленно, но меняется. Многие начинают понимать, какой тяжелый груз несет стигма. Специалисты бьют тревогу. Всемирная организация здравоохранения и многочисленные национальные общества разных стран, объединяющие больных и их родственников, пытаются оказать положительное влияние на представление общества о психических болезнях, возможностях и состоянии современной психиатрии, активно ведут просветительскую деятельность.

Попытки преодолеть предубеждения против психически больных были разными. Так, во многих странах (в России в том числе) пытались завуалировать терминологию, избегая слова «психиатрия». До сих пор и в США, и у нас некоторые психиатрические учреждения называются клиниками или центрами «психического здоровья». Некоторые психиатрические отделения стали называть «отделениями функциональной неврологии», а психиатрические диспансеры одно время пытались переименовать в психиатрические консультации. Психиатров и сейчас часто называют психоневрологами и психотерапевтами.

Подобные методы оказались совершенно неэффективными. Большинство исследователей приходят к выводу, что в реальной работе по преодолению стигмы начинать нужно с преодоления самостигматизации. Прежде всего – это работа с самими пациентами и их близкими, связанная с повышением уровня их информированности в области собственной болезни и лечения. Работа с общественным мнением включает в себя изменение неадекватного представления о психических болезнях и больных в средствах массовой информации. Многочисленные исследования показывают, что и на телевидении, и в печати создается гротескный образ психически больного. Чтобы исправить ситуацию, к участию в подобных программах привлекаются известные люди, столкнувшиеся в своей жизни с психическими болезнями, которые делятся своим опытом, не боясь разоблачения. Это чрезвычайно позитивно сказывается на общественном мнении. Программа антистигмы в Норвегии, например, носит комплексный характер. Проводимый ежегодно форум «Дни шизофрении» (задумайтесь лишь о названии!) привлекает как специалистов в области психического здоровья для обсуждения вопросов лечения и помощи пациентам, так и самих больных, проводящих специальные семинары, выступления, концерты. Для школьников организуют специальные тренинги, как выглядят болезни и как помогать людям, в частности детям, если они столкнулись с проблемами психического здоровья.

Как избавиться от самостигматизации («внутренней» стигмы). Полезные советы.

- Повышайте уровень информированности. Основное оружие в борьбе с внутренней стигмой – повышение уровня своей информированности в данной области, преодоление страхов и предрассудков.
- Ищите союзников. Как в любой борьбе – важны союзники. По мере повышения психиатрической грамотности пациентов и их родственников отношения с профессионалами (психиатрами, реабилитологами, психотерапевтами) делаются все более партнерскими. Важная задача – поиск и присоединение к различным общественным орга-

низациям, объединяющим людей с подобными же проблемами. Это источник моральной и психологической поддержки на протяжении всего пути лечения и реабилитации.

- Учитесь говорить о своих проблемах с другими. Как ни странно, обмен информацией о своем заболевании с другими людьми (например, с коллегами или соседями) может быть полезен. Он отнюдь не приводит к отчуждению, а лишь способствует тому, что люди лучше понимают вас и ваши проблемы, и, таким образом, тоже избавляются от предрассудков. Помогает в таком общении и личная симпатия.
- Не считайте себя самыми несчастными на свете. Пациентам и их семьям важно понять, что не только их постигло несчастье – психическая болезнь. Есть много других семей, которые страдают так же, как ваша, и так же, как вы думаете, что они – исключение. Постарайтесь познакомиться с такими семьями и вместе обсудить свои проблемы. Совместно преодолеть их гораздо легче, а сама возможность обсуждать их – уже благо.

Борьба с предрассудками и дискриминацией – длительный процесс, изменения происходят медленно, но они происходят и тем скорее, чем активнее в этом участвуют пациенты и их семьи.

Глава 10. Реабилитация психически больных.

Слушатели должны понять, что процесс реабилитации психически больного так же важен, как выхаживание больного после хирургической операции. Необходимо дать им ясное представление о том, что реабилитация – очень многогранный процесс, который не исчерпывается склеиванием коробочек в ЛТМ. В процессе реабилитации членам семей больных и общественным организациям принадлежит важнейшая роль. У слушателей должен появиться более оптимистический взгляд на возможности и результаты реабилитации.

Трудотерапия и ее история. Традиционная система: достоинства и недостатки. Реабилитация и психотерапия. Роль разных специалистов. Общение. Общественные движения. Группы взаимной поддержки.

Термин «реабилитация» употребляется не только в психиатрии и не только в медицине. Он состоит из приставки «ре-», которая во всех словах иностранного происхождения означает «возврат», «восстановление», и латинского слова «habilitas», означающее «возможность», «способность». Полвека тому назад миллионы людей, невинно арестованных, расстрелянных и замученных сталинским режимом, были *реабилитированы*; иначе говоря, им *восстановили возможность* называться полноправными и ни в чем не виноватыми гражданами своей страны. Реабилитация, о которой идет речь, была юридическим, формальным актом. Однако эти люди (те из них, кто остался в живых) нуждались и в реабилитации совсем другого рода: пребывание в концлагере отучило их от нормальной жизни, сделало их неприспособленными к ней. Им требовалось много времени (а некоторым — специальная психологическая помощь), чтобы *восстановить способность* жить нормально.

Опыт учит, что любая достаточно длительная ситуация, связанная с существенным изменением образа жизни, приводит к тому, что человек, попавший в эту ситуацию, для возвращения к обычной жизни нуждается в реабилитации. Понятно, что и длительность периода реабилитации, и потребность (или отсутствие потребности) в специальных мероприятиях зависят от того, о какой именно ситуации идет речь. Поскольку в нормальных условиях подобной ситуацией чаще всего бывает болезнь, врачи и психологи чаще других специалистов занимаются проблемами реабилитации.

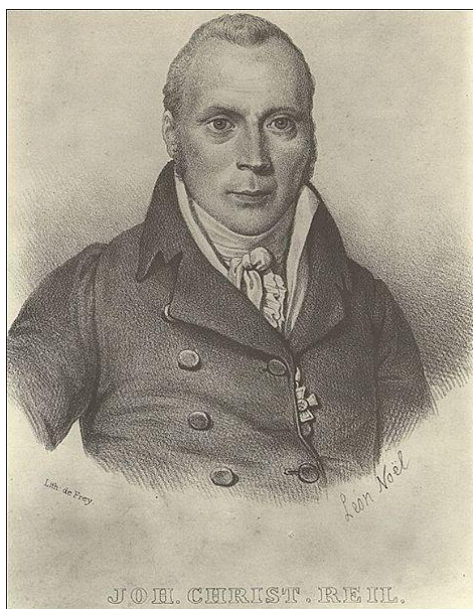
Строго говоря, реабилитация необходима каждому человеку, перенесшему болезнь — даже самую банальную, самую обычную, самую простую. Наверное, каждый знает, как нехорошо себя чувствуешь в первые один-два дня, вернувшись на работу после затянувшегося гриппа. Хороший начальник постарается в это время не слишком

нагружать своего выздоровевшего сотрудника, может быть, пораньше отпустит его домой, одним словом, *даст ему возможность восстановиться*. Эти один-два дня и есть период реабилитации после гриппа, а щадящий режим, который умный начальник создал для своего сотрудника — комплекс реабилитационных мероприятий, который позволил бывшему больному *восстановить свои возможности* побыстрее.

Длительность периода реабилитации и комплекс необходимых мероприятий зависят от нескольких факторов: от того, насколько долго человек был болен (а особенно от того, насколько долго он лежал в больнице); от того, окончательно ли прошла болезнь; от того, оставила ли болезнь после себя какой-либо дефект, и, если да, то какой.

Поскольку психические заболевания отличаются весьма длительным течением, поскольку многим больным часто и (или) подолгу приходится лежать в больнице, поскольку болезнь во многих случаях не проходит бесследно, и, наконец, поскольку психологические и социальные последствия психического расстройства весьма значительны, реабилитация в психиатрии имеет особое значение. Этой проблеме посвящено огромное число исследований, предлагается очень много видов и форм реабилитационных мероприятий, создаются даже специальные учреждения.

Трудно сказать, кто первый начал заниматься реабилитацией психически боль-



ных. На самом деле Пинель, убрав цепи из обихода больниц и начав обращаться с больными по-человечески, совершил реабилитационный акт гигантского значения. Правда, Пинель не думал ни о какой реабилитации, и термина такого в его времена не существовало. Ю.В.Каннабих упоминает в связи с этим имя немецкого психиатра Иоганна Христиана Райля (Johann Christian Reil, 1759-1813), который одним из первых начал использовать труд как метод возвращения больного к нормальной жизни. Кстати именно он в 1808 году придумал и впервые употребил термин «психиатрия» («врачевание души»). Каннабих пишет: «он был одним из энергичнейших борцов за улучшение участи душевнобольных. Некоторые места его проекта, где он разрабатывает такую широкую программу трудовой терапии, заставляют думать,

что он был знаком с книгой Пинеля, незадолго до этого вышедшей из преобразованного Сальпетриера. Впоследствии германская психиатрия, никогда, впрочем, не забывавшая Райля, особенно ярко припомнила его образ. И если среди многих других ее больших достижений видное место занимают обширные мастерские и сельскохозяйственные колонии, то, конечно, во всем этом получили свое воплощение любимые мысли этого выдающегося врача».

Разберем отдельно каждый из факторов, приводящих к потребности в реабилитации. Как уже говорилось, одним из таких факторов является *долгое пребывание в стационаре*, которое приводит к формированию особого психологического состояния под названием *госпитализм*⁶. Госпитализм возникает именно от долгого пребывания в больнице; он не связан с тем, по какой причине человек в ней лежит. У взрослых картина госпитализма гораздо легче, чем у детей, однако и у них она достаточно неприят-

⁶ Термин «госпитализм» ввел (и впервые описал этот психологический феномен) американский психотерапевт Р.Спитс (Rene Spitz, 1887—1974). Он исследовал маленьких детей, которые росли в домах ребенка. У них часто бывает глубокая психическая и физическая отсталость; дети начинают ходить и говорить гораздо позже, чем в норме; наблюдается эмоциональная бедность. Психологи подчеркивают, что госпитализм может возникнуть не только в домах ребенка, но и в семьях, если мать не любит своего ребенка и не уделяет ему необходимое внимание.

на: утрачиваются не только трудовые, но и бытовые навыки; уменьшаются и ухудшаются контакты с окружающими; исчезает (или уменьшается) чувство ответственности за собственное благополучие; возникает зависимость от услуг больничного персонала.

Справиться с госпитализмом очень трудно; как это обычно бывает, легче не допустить его развития. Поэтому больных стараются держать в стационаре как можно меньше, лишь самое необходимое время. К большому сожалению, организовать лечебный процесс так, чтобы пребывание в стационаре действительно продолжалось лишь столько, сколько совершенно необходимо, удастся редко. Кроме того, психиатрам часто приходится сталкиваться с такими состояниями, при которых больных волей-неволей приходится оставлять в больнице очень долго. И тогда профилактика госпитализма приобретает особое значение: если этим пренебречь, то в конце концов может оказаться, что пациента нельзя выписать домой уже не из-за болезненных расстройств, а только из-за того, что он утратил способность жить вне больницы. Таких примеров множество; известны случаи (особенно в загородных больницах), когда пациент прекрасно жил совершенно самостоятельно в какой-нибудь комнатухе на территории больницы и даже работал в ней, но существовать независимо от больницы не мог.

Многие психиатрические учреждения, ориентированные на длительное лечение, предпринимают специальные (иногда очень сложные) организационные мероприятия, чтобы избежать возникновения госпитализма у своих пациентов. Так, в одной из государственных психиатрических больниц США палаты расположены только по одну сторону больничного коридора; по другую сторону устроены маленькие магазины, в которых пациент может купить продукты и необходимые в быту мелочи (самым бедным специально для этого выдается небольшое пособие). В отделении есть кухня, где пациент может что-нибудь приготовить из этих продуктов; больничный режим всячески это поощряет, а уж если больной не только приготовил что-то, но и пригласил к столу соседа по отделению, об этом в самых восторженных тонах будет написано в больничной газете, которую получают все пациенты. В Московской психиатрической больнице №10, в которой больные тоже лежат подолгу, работа организована так, что созданные в каждом отделении советы больных весьма существенно на нее влияют. Оказалось, что это чрезвычайно эффективный метод предупреждения госпитализма.

Для преодоления уже развившегося госпитализма с успехом используют так называемые «учреждения на полпути», где больной находится уже не в больнице, но еще не дома. Эти учреждения устраиваются очень по-разному, но принцип всегда одинаков: это более или менее комфортабельное общежитие, где есть все необходимое для нормальной жизни; кроме больных, там живут (или работают) медицинские сестры и социальные работники, которые помогают больным делать покупки, готовить, стирать и т.д. После восстановления необходимых для жизни навыков больной выписывается домой.

Опыт говорит о том, что предупреждение (и преодоление) госпитализма возможно, если *с больного не снимается ответственность* за условия, в которых он живет. Каким конкретным способом это достигается, не так уж важно; самое главное, чтобы ответственность больного была реальной, а не имитировалась.

Последнее замечание удобно проиллюстрировать следующим простым примером.

Так называемая трудотерапия — использование труда как лечебного и реабилитационного метода — применяется во всех психиатрических учреждениях мира. Ее основателем на Западе был уже упоминавшийся Иоганн Христиан Райль, а в России — великий психиатр Сергей Сергеевич Корсаков (1854–1900). Там, где труд больных организован таким образом, что его результаты действительно нужны, а способности больных используются полностью, — все в порядке, трудотерапия вполне эффективна. Если же она сведена к стереотипному склеиванию коробочек или конвертов, которые не нужны никому, и которые клеят все подряд без учета состояния и способностей ка-

ждого больного, трудотерапия делается бессмысленной обузой, не улучшающей, а ухудшающей социальную адаптацию.

Остаточные расстройства, те симптомы болезни, которые не удалось устранить, — конечно, мощный фактор, препятствующий нормальной жизни. Для того чтобы преодолеть (или хотя бы ослабить) негативное влияние остаточных расстройств на жизнь больного, нужно понять, в чем именно ограничивают жизнь больного имеющиеся у него симптомы. Наиболее частые ограничения заключаются в невозможности обойтись без лекарств, в запрете спиртных напитков, в необходимости обеспечивать достаточный ночной сон. В ряде случаев оказывается невозможной прошлая профессиональная деятельность. Могут быть и другие ограничения, зависящие от конкретных особенностей каждого случая, но, как правило, *число ограничений бывает гораздо меньше, чем кажется на первый взгляд*. Реабилитационные мероприятия тут заключаются в том, чтобы помочь больному отличить реальные ограничения от кажущихся и тем самым не допустить, чтобы он ограничивал свою жизнь слишком сильно.

Особую важность имеет *правильная оценка тяжести дефекта*, если таковой имеется у больного. Во многих семьях тяжесть дефекта переоценивается, и родственники берут на себя все решения, касающиеся жизни больного. Подобная гиперопека порождает явление, сходное с госпитализмом — ведь, в конце концов, дело не в том, живет ли человек в больнице или дома, а в том, насколько его собственные решения определяют его жизнь. Поэтому члены семьи больного должны очень тщательно продумать свое поведение и постараться оставить за больным всю ту ответственность за его жизнь, на которую он способен. Бывает очень трудно оценить меру ответственности, на которую способен больной, и, конечно, приходится ошибаться; важно знать, что лучше переоценить возможности больного (это быстро будет ясно), чем недооценить их (есть риск никогда не понять, что больной подвергается излишней опеке).

Психологические и социальные последствия психической болезни — это, в сущности, стигматизация и самостигматизация, явления, которые специально обсуждались в соответствующей главе. Преодоление самостигматизации происходит через восстановление уверенности в себе и самоуважения, что наилучшим образом достигается участием в общественном движении.

Важно понимать, что ценность участия в общественном движении заключается не только (а, возможно, и не столько) в том, что больной попадает в среду, где никто никогда не посмеется над ним и не попрекнет его болезнью. Главное начинается тогда, когда к человеку приходит осознание, что он *не только получает помощь, но и помогает другим*. Именно тогда к больному возвращается ощущение собственной значимости, собственной полезности, что, естественно, неразрывно связано с самоуважением и уверенностью в себе.

Реабилитация — важнейший и обычно необходимый этап возвращения психически больного к нормальной жизни. Как было показано, болезнь сопровождается возникновением многих обстоятельств, которые препятствуют этому, и поэтому приходится использовать много сил и ресурсов, чтобы их преодолеть.

✚ Глава 11. Группы взаимной поддержки



В качестве этой главы мы приводим полный текст брошюры, написанной еще в 2006 году, но до сих пор опубликованной только в «Независимом психиатрическом журнале», который редко попадает в руки непрофессионалов. Может быть, глава получилась длинноватая, но группы взаимной поддержки — это очень важно, поэтому для этой темы места не жалко.

Каждый из нас нуждается в помощи, и все мы зависим друг от друга. Больной идет к врачу, надеясь, что тот разберется в его болезни и тем самым поможет ему. Врач, принимая следующего по очереди больного, надеется, что он изложит свои жалобы более внятно, чем предыдущий, и тем самым облегчит ему работу. Те и другие надежды сбываются не всегда, но, чем больше мы помогаем друг другу, тем больше шансов. Накопленный во всем мире опыт работы больных в группах взаимной поддержки доказывает, что огромную пользу от нее получают все участники лечебно-восстановительного процесса — и пациенты, и члены их семей, и профессионалы в области здравоохранения. Почему и каким образом это происходит, как может быть, что простейшая организационная структура — группа пациентов, работающая без участия профессионалов, — оказывается столь мощным инструментом восстановления социальных возможностей, что такое группа взаимной поддержки, как ее создать и как в ней работать, — всем этим и многим другим вопросам посвящена эта брошюра.

➤ Почему мы решили написать о группах взаимной поддержки?

Авторы брошюры – психиатры, члены ассоциации «Общественные инициативы в психиатрии», которая с 1999 года занимается организацией и сопровождением групп взаимной поддержки в Москве. Все эти годы мы наблюдали, как меняются участники групп. Принципиально изменилось их отношение к самим себе, к своей болезни и к жизни в целом. Уверенность авторов в могучем ресоциализирующем влиянии групп взаимной поддержки базируется на собственном опыте. Поэтому хочется, чтобы таких групп стало как можно больше.

➤ Кому адресована эта брошюра?

В первую очередь, конечно, так называемым «потребителям психиатрической помощи», то есть нашим пациентам и членам их семей. Очень важно также, чтобы о группах взаимной поддержки знали и профессионалы: группы нуждаются в их помощи. Разумеется, пользу от работы в группах могут получить больные не только психическими, но и любыми другими хроническими болезнями. Известно также, что в группы взаимной поддержки объединяются не только больные, но и люди, обремененные самыми разными проблемами – психологическими, семейными и т.д.

*«Возьмемся за руки, друзья,
Чтоб не пропасть поодиночке!»
Булат Окуджава*

«...Когда депрессия у меня пошла на убыль, я оказалась в одиночестве: проблемы моих родных и бывших друзей совершенно перестали меня интересовать, мне важнее всего было осмыслить пережитое, но я понимала, что бесконечно грузить этим близких нельзя. Выйти из тупика помогла удача: попала в группу взаимной поддержки, где можно было свободно говорить обо всем наболевшем».

«...После выписки из психиатрической больницы я совсем утратил уверенность в себе. Мне казалось, что у меня на лбу написано, что я психически больной. Я боялся открыть рот, чтобы не сказать какую-нибудь глупость. Мне казалось, что мои родные стесняются меня. Я всячески избегал бывать на людях. В группе взаимной поддержки ко мне постепенно вернулось ощущение, что я ничем не хуже других».

«...Когда мне дали группу инвалидности, я почувствовал себя совершенно никчемным. Я думал, что теперь от меня никому никакого проку, и я только сижу на шее у родных. В группе взаимной поддержки мне очень понравилось. Со временем я организовал соб-

ственную группу, и мне радостно сознавать, что я могу помочь таким же бедолагам, каким был сам».

«...Я нигде не могу общаться так легко и с таким удовольствием, как в группе. Только здесь можно быть самим собой и не заботиться о впечатлении, которое ты производишь на окружающих. Положительного заряда, который тебе дает встреча группы, хватает на целую неделю. Кроме того, в группе приобретаешь новых друзей, общение с которыми вовсе не ограничивается занятиями группы».

«...Не знаю, как другим, а мне не нравится лечиться вслепую, не понимая, что у меня за болезнь и что за лекарства мне прописывают. У меня возникала масса вопросов к врачу, но задать их никогда не удавалось, потому что врачу всегда некогда. В группе взаимной поддержки можно серьезно заняться своим образованием и получить ответы на все вопросы. Теперь мне намного легче беседовать с врачом, а ему, мне кажется, легче со мной».

Приведенные здесь выдержки из рассказов участников групп взаимной поддержки дают лишь некоторое представление о том, что такое эти группы и зачем люди в них ходят. Подробности будут дальше, однако прежде поговорим о самом главном.

*«Направо пойдешь — коня потеряешь...»
Русская народная сказка*

Академик Святослав Федоров, основатель знаменитого НИИ микрохирургии глаза, автор более 400 публикаций и 164 изобретений, лауреат многочисленных советских и иностранных премий, потерял ногу в 18-летнем возрасте. Однажды он сказал: «...как ни парадоксально, как ни кощунственно это звучит, я считаю, мне повезло, что потерял ногу. Не случись этого, я, наверное, не сумел бы развить в себе такую волю, способность не изменять поставленной цели ни при каких обстоятельствах». Франклин Делано Рузвельт, прикованный к инвалидному креслу, был одним из самых ярких президентов США. Луи Брайль, ослепнув, разработал специальный шрифт для слепых, с помощью которого до сих пор издаются книги во всем мире. Эти люди блестяще справились со своими проблемами; к сожалению, очень многие в подобных ситуациях выпадают из активной жизни.

Всякая серьезная болезнь, за исключением самых тяжелых случаев (их, к счастью, не много), ставит нас перед выбором: либо как-нибудь «доживать свой век», либо постараться вопреки всем трудностям жить полноценно. Выбор существует в любой, даже самой, казалось бы, безнадежной ситуации, когда кажется, что никакого выбора нет. Та лягушка, которая, упав в кринку с молоком, продолжала молотить лапками вопреки очевидной бессмысленности этого занятия, была права: она сбила масло и обрела почву под ногами.

Психические болезни, в сущности, ничем не отличаются от остальных, за исключением некоторых особенностей, о которых самое место поговорить.

Вряд ли кому-нибудь придет в голову скрывать, что у него больное сердце или желудок. Психическую болезнь скрывают все. Принято считать, что болеть психически стыдно. Это, конечно, предрассудок, но в общественном сознании он сидит прочно; к тому же его разделяют и сами больные. Поэтому, заболев психически, человек страдает не только от собственно болезни. Общество отвергает его, да и сам он начинает считать себя человеком «второго сорта». В современной науке эти явления называются стигматизацией и самостигматизацией. Стигматизация и самостигматизация создают для больного и его семьи дополнительное бремя, иногда сопоставимое по тяжести с бременем самой болезни. Поэтому, сделав выбор в пользу активной и полноценной жизни,

психически больному придется справляться и с симптомами недуга, и с предрассудками — не только чужими, но и собственными.

Это не так просто, поэтому нужно понимать, что, сделав такой выбор, становишься на трудный путь. Преодолевать болезнь, да еще чужие предрассудки, да еще и самого себя, — ой, как нелегко.

В группах взаимной поддержки работают люди, которые уже выбрали свой путь. Может быть Вам, читатель, такой выбор еще только предстоит. Многое зависит от того, как Вы поступите прямо сейчас: будете читать дальше или ляжете на диван и будете смотреть «Смехопанораму»...

— Вас когда хуже донимает, по утрам или ночью?

— Ночью, — сказал вор. — Когда самая работа...

— А у вас как — приступами или все время ноет?

Вор присел в ногах кровати и положил револьвер на колено.

О.Генри. «Родственные души»

В этом рассказе О.Генри, сам того не подозревая, описал первую в мире группу взаимной поддержки, возникшую в одно мгновение и состоявшую из грабителя и его потенциальной жертвы. Поговорить об общей беде (ревматизме) оказалось для них гораздо важнее, чем одному — украсть, а другому — защитить свое имущество. Возможность поделиться своей болью с собеседниками, которые тебя наверняка поймут, — первооснова существования группы взаимной поддержки. Именно первооснова, потому что в группе, конечно, происходит еще много чего. Но об этом ниже.

Итак, группа взаимной поддержки — добровольное и самостоятельное объединение нескольких человек, собравшихся для обсуждения их общих проблем. То, что это объединение *добровольное* и *самостоятельное* — важнейшие характеристики группы взаимной поддержки.

В большинстве стран западного мира существует давняя и прочная традиция общественной жизни, благодаря которой группы взаимной поддержки возникают очень легко. Обычно все начинается с объявления в местной газете, которое дает человек, озабоченный какой-нибудь проблемой и задумавший создать группу. Или уже существующая группа приглашает через такое объявление новых участников. Как правило, этого достаточно: заинтересованные люди звонят по указанному телефону, встречаются... вот, собственно, и все. Группа начинает работать.

К сожалению, у нас такой традиции нет, и поэтому группы создаются с трудом. Нам трудно осознать, что для создания группы (или для того, чтобы присоединиться к группе) не требуется ничего, кроме желания. Трудно осознать, что на этом никто не собирается заработать. Трудно осознать, что людьми, работающими в группах взаимной поддержки, руководит единственный мотив — помочь и себе, и другим. Трудно осознать, что для создания группы не требуется ни денег, ни разрешений, ни указаний, ни руководства.

Однако все именно так и есть. Нужно только желание и здравый смысл. Ну, и немножко знаний о том, что такое группа взаимной поддержки. Тех, что содержится в этой брошюре, для начала достаточно.

Слон есть самое большое животное из всех живущих на земле.

А. и Б. Стругацкие, «Понедельник начинается в субботу»

Решив присоединиться к группе, человек должен ясно себе представлять, что это такое. Самое важное — понимать, что в группе не проводится никакого лечения. В ней нет профессионалов, в ней люди помогают друг другу, но НИКТО НИКОГО НЕ ЛЕЧИТ.

Часто спрашивают: если в группе не проводится лечение, то чем же там занимаются, и какая от нее польза?

Болезнь создает множество проблем, и большинство из них не связано с болезненными симптомами как таковыми. Одиночество, изоляция, чувство собственной не состоятельности, — это лишь некоторые примеры. Облегчить жизнь в таких случаях — основное назначение группы взаимной поддержки. Вторая важнейшая ее задача — помочь получить знания о своей болезни. Понимая, что с ним происходит, разбираясь в лекарствах, которые ему назначают, больному легче общаться с врачом. Лечение происходит более осознанно, и его результаты оказываются лучше.

Итак, группа взаимной поддержки — это несколько человек, которые решили регулярно тратить определенное время, чтобы встретиться друг с другом, выслушать каждого, обсудить то, что необходимо, поделиться собственным опытом и, самое главное, поддержать друг друга.

Итак, допустим, что два-три человека, намеренные создать группу взаимной поддержки, познакомились и в первый раз собрались. С чего начать?

*...Труден первый шаг
И скучен первый путь.
А.С.Пушкин, «Моцарт и Сальери»*

Начать придется с того, чтобы договориться об определенных правилах. Группа взаимной поддержки, даже если она очень маленькая, — это организация, а не просто место встречи добрых знакомых. Если это не установить с самого начала, то, скорее всего, группа превратится в простые посиделки.

Итак, договариваемся о правиле номер один: как часто мы собираемся?

Обычно группы взаимной поддержки собираются раз в неделю. Опыт показывает, что собираться чаще для многих участников обременительно, а если встречаться реже, люди успевают забыть, о чем говорилось в прошлый раз.

Правило номер два: по каким дням мы собираемся и в котором часу?

Очень важно договориться, чтобы никто не опаздывал к назначенному времени. Опоздавшие мешают тем, кто уже пришел. Если группа достаточно большая и опоздали многие, работа может быть полностью дезорганизована.

Правило номер три: сколько времени продолжается встреча группы?

Чаще всего группа работает два часа. За меньший срок обычно не удается обсудить все, что хотелось бы, а если работать дольше, многие слишком устают.

Правило номер четыре: как распределяются обязанности среди членов группы?

*Кто-то ведь должен «председательствовать», вести группу, кто-то возьмет на себя заботу о чаепитии, кто-то отопрет и потом запрет помещение, кто-то проследит за чистотой и порядком. Обычно группы стараются сделать так, чтобы эти обязанности выполняли все по очереди. Обязательное для всех групп правило (назовем его нулевым) заключается в следующем: **ВСЕ ЧЛЕНЫ ГРУППЫ ВЗАИМНОЙ ПОДДЕРЖКИ РАВНОПРАВНЫ**. Никакого начальника или руководителя в группе взаимной поддержки нет и быть не может.*

Вот, собственно, и все. Как только эти правила приняты, можно начинать работу, если, конечно, решен вопрос о помещении.

Эта проблема кажется очень трудной, но, как правило, успешно решается. Вначале, пока группа состоит из трех-четырех человек, встречаться можно даже у кого-нибудь дома. Позже, конечно, приходится подыскивать «нейтральное» помещение. Многие городские учреждения идут в этом отношении навстречу — библиотеки, Центры социального обеспечения (во всяком случае, в Москве).

*Юный сын к отцу пришел,
И спросила кроха:
Что такое «хорошо»
И что такое «плохо».
В.В.Маяковский*

Как только группа начнет работать всерьез, она почти неизбежно столкнется с «трудными людьми», которые могут сильно все осложнить. О них полезно знать заранее и постараться справиться с возникающими из-за них сложностями. Вот наиболее типичные примеры.

«Оратор». Один из членов группы склонен говорить слишком много. Перебить его неудобно, и получается, что другие вообще не успевают высказаться.

«Сплетник». Он с удовольствием пересказывает родным и знакомым то, что происходило во время последней встречи группы. Вполне может случиться, что участникам группы будет неприятна столь широкая информированность об их проблемах.

«Знаток». Такой человек неизменно оказывается прекрасно осведомленным по всем вопросам, которые обсуждаются в группе. Он постоянно дает советы, часто весьма настойчиво, и считает, что всегда прав.

«Молчун». Он аккуратно приходит на все встречи группы и все время молчит. Он внимательно слушает и наблюдает за происходящим, но не высказывает своего отношения этому и ничего не рассказывает о себе.

«Скептик». Довольно часто в группе находится человек, который, за что бы группа ни взялась, заранее убежден, что «из этого ничего не выйдет» или что «это нам не подходит».

Конечно, вовсе не обязательно, что все эти персонажи непременно окажутся в группе с самого начала. Но по мере того как группа будет расти, их появление вполне возможно, поэтому лучше быть готовыми нейтрализовать возможные неприятности. Это можно сделать с помощью дополнительных правил, которые разрабатываются группой. Каждого нового участника обязательно знакомят с действующими правилами, они обязательны для всех. Так, например, для нейтрализации такого персонажа, как «оратор», многие группы вводят регламент, ограничивая время для высказываний. Поскольку ведущий может стесняться прерывать того, кто слишком увлекся, во многих группах используют песочные часы. Выступающий сам контролирует время. Разумеется, если человек говорит что-то очень важное или интересное, группа с общего согласия может дать ему дополнительное время.

Проблема нейтрализации «сплетника» очень важна. Участники групп обсуждают друг с другом весьма интимные вопросы, касающиеся и болезни и просто жизни. Атмосфера группы должна способствовать тому, чтобы людям было легко говорить на подобные темы. Это возможно только в том случае, если есть уверенность, что сказанное не выйдет за пределы группы. Поэтому в большинстве случаев принимают так называемое «правило конфиденциальности», запрещающее пересказывать кому бы то ни было то, что члены группы рассказывали о себе.

Одно из обычных и очень важных правил заключается в запрещении давать друг другу советы. Разрешается только делиться собственным опытом. Например, человеку, который жалуется на бессонницу, не говорят «ты должен ложиться спать пораньше». Можно только сказать: «когда у меня была бессонница, я легился не позже 10 вечера, и мне это помогло». Такое правило успешно нейтрализует вред, который может принести «знаток».

Что касается «молчуна», то сложности возникают тогда, когда его пытаются «разговорить». Этого делать не следует; некоторые группы даже вводят правило, запрещающее настаивать на том, чтобы все непременно говорили. Раз человек регулярно посещает группу, ясно, что ему это нравится. На первых порах этого вполне достаточно.

По мере того, как группа принимает все эти правила, их накапливается довольно много. Получается что-то вроде устава, который обязателен для всех ее членов. Разумеется, устав может изменяться по мере необходимости. Ниже приводится пример такого устава, разработанного первой в Москве группой взаимной поддержки.

Каждый участник группы согласен со следующими принципами:

1. *Группа является открытой, то есть в любое время в нее могут быть приняты новые члены, и каждый член группы может покинуть ее, когда захочет. Однако размер группы не должен превышать 10-12 человек⁷.*
2. *Все члены группы равноправны.*
3. *Члены группы терпимо и благожелательно относятся друг к другу.*
4. *Каждый член группы вправе выносить или не выносить на обсуждение группы свои проблемы.*
5. *Каждый член группы вправе участвовать или не участвовать в обсуждении проблем других членов группы.*
6. *Все члены группы должны заботиться о том, чтобы каждый, кто хочет высказаться, имел эту возможность.*
7. *Личные проблемы членов группы без их согласия не должны обсуждаться за ее пределами. Это необходимо для того, чтобы каждый мог свободнее говорить обо всем, что его волнует.*
8. *Лечебные мероприятия могут и должны широко обсуждаться на заседаниях группы, однако собственно лечение на них не проводится. Группа признает только профессиональную медицинскую и психологическую помощь. Так называемые нетрадиционные методы не поддерживаются и не обсуждаются.*
9. *Каждый член группы помнит, что он стремится не только получить помощь, но и помочь другим.*

Труднее всего справиться со «скептиком». Сомнения в успехе свойственны нам всем, и никакими правилами с ними не справиться. Способностью к позитивному мышлению обладают не все. Этому нужно учиться, иногда достаточно трудно и долго. Кстати говоря, учиться позитивному мышлению – одна из задач группы взаимной поддержки. Поэтому появившемуся в группе «скептику» предлагают выбор: либо оставить свой скепсис при себе и учиться вместе с группой, либо покинуть ее.

Очень важным условием нормальной и успешной деятельности группы является полное равноправие всех ее участников. В группе нет руководителя. Разумеется, на каждой встрече кто-то играет роль ведущего, но, как уже говорилось, лучше передавать эту обязанность от одного члена группы к другому.

Однако всякая организованная группа – сложный организм. Собираются вместе очень разные люди, с разными характерами, с разными амбициями, с разным уровнем знаний. Даже если все члены группы симпатичны друг другу (а это очень важное условие), все равно разница в характерах неизбежно сказывается. Она может помешать нормальной работе и даже привести к конфликтам. Поэтому желательно, чтобы в группе был человек, обладающий определенными знаниями и умеющий обеспечить жизне-способность и продуктивность группы. Можно по-разному называть такого человека: организатор, лидер, фасилитатор (от английского слова «facilitate», то есть «облег-

⁷ Это очень важно. Если в группе собирается слишком много народу, получается не встреча группы, а собрание. Уделить достаточное внимание всем членам группы не удастся, что недопустимо.

чать)). Последний термин лучше всего определяет роль такого человека в группе, потому что он именно облегчает ее работу; жалко только, что в русском языке нет подходящего слова.

Первые в Москве лидеры групп взаимной поддержки получили необходимую подготовку на курсах, организованных ассоциацией «Общественные инициативы в психиатрии» в сотрудничестве с международной организацией GAMIAN-Europe. Наиболее активные из них создали собственную общественную организацию — «Клуб взаимной поддержки». Можно обратиться туда (телефон координатора — 755-2325), и «Клуб взаимной поддержки» окажет всю возможную помощь в организации и работе группы.

*... Рак пятится назад,
А щука тянет в воду
И.А.Крылов*

Успех работы группы взаимной поддержки в очень большой степени зависит от понимания ее членами простой вещи: группа — не место для выслушивания стонов и жалоб друг друга. В группе действительно обсуждают болезнь, но это обсуждение продуктивно, оно направлено на то, чтобы узнать о болезни как можно больше, познакомиться с людьми, которые с ней уже справились, узнать, как они этого добились, или поделиться своим собственным опытом, который может быть полезен другим. Разумеется, кроме болезни, группа может обсуждать любые другие вопросы, возникающие у ее членов — от бытовых до общечеловеческих.

Работать в группе взаимной поддержки — это не просто встречаться с добрыми знакомыми. Деятельность группы всегда направлена на достижение некоторой конкретной цели, общей для всех ее членов. Поэтому очень важно, насколько близки цели, которые ставят перед собой ее участники. Если эти цели совпадают, то естественным образом возникает общая цель группы, и остается только подумать, каким образом лучше всего ее достичь. Если цели участников группы сильно различаются, то либо группа оказывается неработоспособной (потому что «рак пятится назад, а щука тянет в воду»), либо нарушается принцип равноправия членов группы: некоторые из них подчиняют свои интересы большинству и берут на себя функцию опекунов или наставников. Такая группа тоже имеет право на существование, но это уже не совсем группа взаимной поддержки. Это скорее своего рода клуб, в котором хорошо адаптированные больные опекают тех, у кого социальная адаптация серьезно нарушена. Поэтому, организуя новую группу или присоединяясь к существующей, нужно четко понимать, будет ли это собственно группа взаимной поддержки или клуб общения.

В идеале группа взаимной поддержки объединяет людей с одной и той же проблемой. Если речь идет о психически больных, то обычно это люди с преобладанием одного и того же расстройства (например, депрессии или социофобии). Общее расстройство создает общие трудности, члены группы обладают сходным опытом, им легко понять друг друга и интересно слушать друг друга. Им легче учиться, потому что всем нужны сведения об одном и том же предмете.

Одно время московские группы взаимной поддержки стремились к тому, чтобы не только проблема, но и возраст, и пол участников совпадали. Однако опыт показал, что сходство участников группы по возрасту и полу совсем не обязательно. Мужчины и женщины очень разного возраста прекрасно сотрудничают.

В группы взаимной поддержки такого типа могут объединяться больные с невротическими расстройствами, с расстройствами настроения, а также те, кто находится в состоянии достаточно хорошей ремиссии после перенесенного приступа болезни. Разумеется, такие группы подходят и здоровым людям, обремененным психологическими, семейными и т.п. проблемами, в том числе членам семей психически больных.

Что касается клубов общения, то возможность их создания зависит от того, найдется ли энтузиаст, способный получить радость и удовлетворение от сознания, что он ощутимо улучшает жизнь другим. Опыт показывает, что если такой человек находится, то его работа оказывается чрезвычайно эффективной. Больные с тяжелой социальной дезадаптацией, которые годами сидели дома под опекой родителей и даже в клуб вначале приходили в их сопровождении, становятся самостоятельными и общительными людьми.

Разумеется, ни в том, ни в другом типе группы не должны работать больные в состоянии психоза. Нужно ясно понимать, что в это время человек нуждается только в лечении. Группа ничем не может ему помочь, кроме одного: уговорить его лечиться.

ПОЛЬЗА: льгота, облегчение; помощь, прок, подспорье, улучшение; выгода, прибыль, барыш, нажива.
В.Даль. «Толковый словарь живого великорусского языка»

Все участники групп взаимной поддержки — вне зависимости от того, идет ли речь о пациентах или о членах их семей — получают место, где могут свободно обсуждать свои проблемы в атмосфере понимания и дружелюбия. Они ощущают великую силу взаимопомощи и убеждаются в справедливости утверждения «помогая другим, помогаешь себе». Часто они приобретают новых друзей, общение с которыми не ограничивается рамками группы. Даже между встречами группы им теперь есть, кому позвонить и с кем перекинуться парой слов.

Пациент, попавший в подходящую для него группу взаимной поддержки, прежде всего приобретает круг общения. Он чувствует, что собравшиеся с искренним интересом выслушивают его, что они его понимают, что никто не даст ему банальных и невыполнимых советов («возьми себя в руки»). Он обнаруживает, что есть много людей с таким же расстройством, как у него, что он не единственный на свете, что некоторые уже с этим справились. Для многих больных одно только это существенно улучшает качество жизни.

Уже говорилось, что основа группы — взаимопомощь. Очень приятно сознание, что от тебя что-то зависит, что ты можешь кому-то пригодиться, что ты можешь помочь. От этого и у самого становится лучше на душе, уже не кажешься себе таким ничемным, как раньше. Это приводит к важнейшему результату: восстанавливается самоуважение, появляется уверенность в себе.

Некоторые обнаруживают в себе колоссальный интерес и способность к общественной деятельности, и постепенно она становится новой профессией. Есть множество примеров, когда люди сумели полностью реализовать себя именно в этой области.

Многим людям не все равно, чем они больны и чем их лечат. В одиночку узнать об этом не так просто: литературы мало, трудно отличить хорошие книги от плохих. Расспросить лечащего врача не удастся — у него никогда нет времени. В группе взаимной поддержки эта задача во много раз упрощается. В ней происходит постоянный процесс обучения. Некоторые группы ставят образование в области своей болезни основной целью. Они постоянно поддерживают связь с профессионалами, стараясь быть в курсе новейших представлений о психических болезнях и их лечении, используют доступную литературу, приглашают лекторов.

Члены семей психически больных, объединяясь в группы взаимной поддержки, прежде всего выходят из изоляции. Ведь не секрет, что люди не спешат поделиться с окружающими тем, что кто-то в их семье психически болен. Обычно это стремятся скрыть, и приходится поневоле ограничивать свои контакты. Уход за больным требует времени, и это тоже существенно ограничивает возможность общаться с кем-либо за пределами дома и работы. Участие в группе позволяет заполнить эту очень важную нишу: ведь человек — существо социальное, и общение ему необходимо. Обобщенный

опыт членов такой группы позволяет каждому из них легче справляться со своими трудностями, а возможность получить помощь в сложных ситуациях оказывается бесценной.

Разумеется, психиатрическая грамотность очень важна и для родственников больных. Появляется возможность правильно оценивать состояние больного, вовремя замечать признаки обострения. Особенности поведения больного становятся понятными и не вызывают страха или раздражения. Становится гораздо легче оценить эффективность проводящегося лечения.

Профессионалы получают грамотных пациентов. Оценить все преимущества такой работы можно после первого же опыта. Ясное описание своих расстройств; отчетливо сформулированные жалобы; внятная оценка прямого и побочного действия принимаемых препаратов; откровенный рассказ о степени выполнения предписанного режима терапии и о причинах его нарушения; своевременные визиты при угрозе обострения, — таков неполный перечень особенностей общения грамотного пациента со своим врачом. Добавим к этому ощущение истинного партнерства, возникающее и у врача, и у пациента, и связанное с этим взаимное уважение. Удовлетворение от такой работы огромно.

Итак, попробуем для наглядности свести в таблицу те преимущества, которые возникают для всех заинтересованных сторон от работы групп взаимной поддержки.

Больные	Семьи больных	Врачи
Приобретают круг общения	Преодолевается изоляция	Работают с пациентами, которые: ♦ Хорошо формулируют свои жалобы ♦ Точно описывают действие лекарств ♦ Лучше соблюдают режим терапии и правдиво сообщают об отклонениях от него ♦ Вовремя улавливают признаки начинающегося обострения
Обсуждают свои проблемы в атмосфере понимания и дружелюбия	Уменьшается напряжение и уровень тревоги в семье	
Восстанавливают самоуважение и уверенность в себе	Правильно оценивается состояние больного	
Приобретают знания о своей болезни и методах ее лечения	Облегчается контакт с больным	
Находят применение своим способностям	Становится легче контролировать прием лекарств	

Несмотря на все сказанное, у человека, собирающегося организовать группу поддержки или присоединиться к ней, неизбежно возникнет много вопросов. Попробуем здесь ответить на самые частые из них.

➤ *Мне очень хочется присоединиться к группе, и у меня есть телефон, по которому можно позвонить. Но почему мне так страшно, что я никак не могу решиться?*

Через это проходит каждый, и, наверное, это неизбежно. Ведь приходится звонить незнакомым людям; не знаешь, как они к тебе отнесутся; не посмеются ли над тобой; не нагрубят ли. А тут тебя еще будут расспрашивать, да еще о таких интимных вопросах, как болезнь (на самом деле первый расспрос нужен для того, чтобы рекомендовать человеку самую подходящую для него группу). Что делать. Это естественные опасения всякого «новичка», их надо пережить. Легче, если понимаешь, что делаешь первый (и очень важный!) шаг по избранному пути. Самуэль Бенаройя из ассоциации «France Depression Normandie» рассказывал: когда кто-то из новичков звонит мне по телефону, я всегда благодарю его. Я говорю: «спасибо, что Вы позвонили. Я прекрасно

понимаю, как трудно Вам было решиться на этот мужественный шаг. То, что Вы смогли позвонить – хорошее начало».

➤ *Проводится ли лечение в группе взаимной поддержки?*

Нет, в группе не проводится никакого лечения. Ее назначение – помочь человеку полноценно жить, несмотря на болезнь.

➤ *Участвуют ли профессионалы в работе группы взаимной поддержки?*

Профессионалы в группах не участвуют. Группа может их приглашать время от времени для ответов на накопившиеся вопросы. Кстати говоря, некоторые врачи (особенно психотерапевты) опасаются рекомендовать своим пациентам группы поддержки, боясь потерять клиентуру. Такие опасения не обоснованы именно потому, что в группах не работают профессионалы и не проводится никакого лечения.

➤ *А вдруг это секта?*

Работа группы взаимной поддержки не связана с религиозными убеждениями ее членов. Вопросы религии могут обсуждаться или не обсуждаться в группе наравне с любыми другими проблемами.

➤ *Каковы материальные затраты, связанные с участием в группе?*

Группы взаимной поддержки — это не коммерческое предприятие, поэтому никакой платы за участие в группе не взимается. Ее участники сами решают, следует ли что-нибудь покупать, например, для чаепития.

➤ *Можно ли приходить на встречу группы вместе с кем-нибудь из родственников?*

Да, на первые занятия можно, если вы в их присутствии будете чувствовать себя более комфортно. Со временем Вы сами почувствуете, что сопровождающие Вам не нужны.

➤ *Сколько времени нужно ходить в группу взаимной поддержки?*

Столько, сколько вам хочется. Некоторые ходят в группу годами, некоторые делают руководство группой своей профессией. Многие, поработав в группе год или два, чувствуют, что она им больше не нужна. Все определяется только вашими ощущениями.

➤ *Занимается ли группа социальной помощью, например, трудоустройством?*

Как правило, нет. Группа взаимной поддержки – это не учреждение социальной помощи. Однако с общего одобрения члены группы могут оказывать друг другу любую посильную помощь.

В заключение рассмотрим еще один вопрос, который, к сожалению, задают часто и родственники больных, и чиновники, и даже профессионалы: *«Как же так? Психически больные что-то затеяли, что-то организуют, самостоятельно, без присмотра... Кто будет отвечать?»*

Этот вопрос является ярчайшим проявлением того явления, которое называется «социальная стигматизация психически больных». Ведь тот, кто спрашивает, не интересуется, кто именно будет вести группу, что он за человек, чем он болен и каково его нынешнее состояние. Тот факт, что речь идет о психической болезни, достаточен для того, чтобы «держаться и не пущать».

Понятно, что и чиновнику трудно решить, предоставить ли просителю помещение для работы группы; и врачу – направить ли пациента в группу, которую организовал кто-то незнакомый; и родственникам – разрешить ли больному члену семьи посе-

шать такую группу. Такие сомнения решаются единственным способом: личным знакомством. Дело ведь не в диагнозе. Случается, что и здоровый человек оказывается негодяем. Поэтому лучший совет в данном случае – следовать лозунгу, под которым однажды проходила кампания против социальной стигматизации психически больных в Ирландии: «не смотри на диагноз – смотри на меня!»

ПОЧЕМУ ГРУППЫ ВЗАИМНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДОЛЖНО БЫТЬ МНОГО?

Самая главная причина заключается в том, что очень много людей в них нуждается, а группа не должна быть очень большой. Уже говорилось, что если в группе больше десяти человек, не хватает времени на то, чтобы все могли высказаться. Некоторые участники могут почувствовать себя обделенными вниманием, а это в группе поддержки недопустимо. Правда, и слишком маленькой группа быть не должна. Если в ней всего 3-4 человека, а один или двое не смогли прийти (такое ведь всегда может случиться), встреча сорвется. Поэтому наилучшая численность группы – 6-10 человек.

Есть и другие причины, по которым групп должно быть много. Важно, например, чтобы участники группы испытывали симпатию друг к другу, важно, чтобы место и время встреч были всем удобны. Поэтому человек обязательно должен иметь возможность выбрать группу, которая ему подходит больше всего.

Резюме: Группа взаимной поддержки – это такое сообщество, где каждый нуждается во всех, и все нуждаются в каждом.

Глава 12. Жизнь семьи в условиях психической болезни.

На этом занятии предстоит дать слушателям представление о том, каким должен быть баланс между необходимостью ухаживать за больным и заботой о собственном здоровье и благополучии. Задача состоит в том, чтобы мотивировать родственников на наиболее конструктивное поведение, преодоление пассивных позиций членов семьи, партнерство и сотрудничество с профессионалами и самими пациентами в процессе лечения.

Рекомендуется начать занятие с предварительной дискуссии, участники вспомнят свои чувства и действия, когда они узнали, что близкий для них человек болен. Такая дискуссия очень важна. Она способствует снятию психологического напряжения у родственников пациентов, которым обычно не с кем поделиться своими переживаниями. Кроме того, дискуссия позволяет участникам понять, насколько их чувства и реакции сходны в разных семьях; этот факт обычно оказывается важной психологической и моральной поддержкой.

Преподаватель должен следить, чтобы участники не «погружались» в свои переживания, настаивать на соблюдении регламента, вовремя резюмировать сказанное.

Если болезнь протекает очень тяжело, семья ничего не может поделать: пациент вынужден большую часть своей жизни провести в больнице. Правда, известны — к счастью, очень редкие — случаи, когда семья оставляет больного дома, превращая, в сущности, свою квартиру в больничную палату, а себя — в бессменный больничный персонал. Подобное поведение рекомендовать невозможно; больному от этого легче не становится; жизнь здоровых членов семьи оказывается разрушенной.

Если болезнь протекает совсем легко, пациент обычно ни в какой особенной поддержке не нуждается, потому что сам справляется со своими проблемами и в целом живет вполне благополучно.

Однако во всех промежуточных вариантах — а их большинство! — судьба больного, степень его благополучия, его приспособленность к жизни и положение в

обществе во многом зависит от поддержки семьи, от правильного и конструктивного поведения его родных. Следует подчеркнуть еще, что от этого зависит не только судьба больного, но и жизнь здоровых членов семьи, потому что хроническая психическая болезнь создает угрозу не только благополучию, но и самому существованию семьи в целом.

Реакция семьи на болезнь.

Болезнь близкого человека выбивает семью из привычной жизненной колеи. Описаны стандартные этапы психологического состояния ее членов на это событие. Первой реакцией обычно бывает шок: паника, страх, растерянность, недоумение, подавленность. Вслед за этим наступает этап отрицания: «Нет, этого не может быть!» Близкие (да и сам больной) отказываются верить в факт заболевания, пытаются объяснить случившееся временным недомоганием, переутомлением, даже тем, что симптомы болезни являются проявлением лени или других черт «плохого» или «вредного» характера больного. Семья отказывается принять поставленный больному диагноз, ищет пути, позволяющие «снять его». Подобные реакции связаны с действием защитного механизма отрицания. Третий этап психологической реакции семьи на болезнь одного из ее членов — это вопрос «За что это нам?!» Одним из наиболее тяжелых (и часто хронических) чувств, с которыми приходится познакомиться практически любой семье — чувство вины. Болезнь расценивается как наказание за те или иные поступки, «грехи». Люди ищут «ошибки», которые они допустили и которые, по их мнению, привели к болезни.

Психология этого чувства весьма сложна. Усиливается оно в некоторых ситуациях, например, когда приходится прибегать к насильственной госпитализации больного.



Гипотеза, согласно которой в основе такой болезни, как шизофрения, лежат ошибки членов семьи, в особенности неправильные взаимоотношения матери и ее младенца, в первой половине XX века была широко распространена в западной психиатрии. В многочисленных исследованиях описывались различные модели порочных взаимоотношений в паре «мать—дитя»; появился даже термин «шизофреногенные матери».

Эта эпоха закончилась работой одного из крупнейших современных психиатров Анри Эя (Henri Ey, 1900—1977). Он опубликовал обзор работ на обсуждаемую тему, собрав все описанные к тому времени модели «шизофреногенных отношений в паре мать—дитя». И оказалось, что их так много, что никаких других форм связи между матерью и ее ребенком просто невозможно придумать. Анри Эй просто привел этот факт, он даже не стал его комментировать. Свою работу он завершил по-французски изящно: «Что же нам остается? — написал он в последней фразе своей статьи. — Попробуем простить своих родителей...»

Сейчас можно считать точно установленным, что никакие ошибки родителей, никакие дефекты воспитания, ни излишняя строгость, ни недостаток внимания не могут быть причиной шизофрении или другого серьезного психического заболевания. Однако люди продолжают страдать от ощущения своей вины, и предотвратить это страдание, наверное, нельзя.

Первые три периода реакции семьи на болезнь одного из ее членов — шоковый, «не может быть», «за что?!», — неизбежны, но не продуктивны, а, скорее, разрушительны. Продуктивным является четвертый период, когда семья начинает задавать себе вопрос «Что же теперь делать?» Случается, что все будущее и больного, и здоровых членов семьи зависит от того, насколько правильные ответы на этот вопрос удастся найти.

Трудность состоит в том, что очень часто семья, столкнувшаяся с психическим заболеванием, оказывается не только в информационном вакууме, но и испытывает

острый дефицит поддержки и понимания со стороны окружающих, общества; нередко она считает необходимым скрывать «позорный» факт болезни родственника. В ситуации изоляции переживания семьи и ее проблемы переживаются острее, иссякают силы, теряется надежда. Некоторые реакции могут носить затяжной характер и не только не помогают, но и мешают лечению.

Первые психологические реакции носят защитный характер и связаны, главным образом, с дефицитом информации о психических заболеваниях и путях помощи человеку, столкнувшемуся с подобными проблемами. Ведь в обыденном представлении не только больно, но и стыдно, что близкий тебе человек болен психически.

Как только семья доживает до момента, когда в голову приходит вопрос «что же теперь делать?», поиск хорошей литературы и общественных организаций, способных дать необходимые знания, приобретает первостепенное значение.

Отношение к больному в семье

Специалисты выделяют несколько наиболее характерных ошибок в отношении здоровых членов семьи к больному.

Отторжение. Здоровые члены семьи отдаляются от заболевшего; семья стремится возложить всю ответственность за болезнь, лечение и вообще все происходящее с больным на него самого или на психиатрическую службу. Это приводит к несистематическому лечению и частым госпитализациям, усугубляет социальную дезадаптацию пациента.

Примирение с болезнью. При таком типе отношения семье свойственно все «списывать» на болезнь, объяснять болезнью любые черты характера и особенности поведения больного. В семье возникает излишняя опека над больным, его освобождают от малейших нагрузок и домашних обязанностей. У больного развивается «синдром выученной беспомощности», пассивное и безучастное отношение к своей дальнейшей судьбе.

Непонимание природы болезни приводит к тому, что семья устранивается от помощи, предъявляет завышенные требования к больному, часто критикует его и выражает недовольство его поведением. В таких семьях обычна конфронтация с лечащими специалистами. Такая позиция может достаточно серьезно мешать лечению.

Оптимальное поведение семьи по отношению к больному предполагает соблюдение баланса между необходимой помощью и заботой, с одной стороны, и предоставлением больному достаточной самостоятельности и независимости, с другой. Подобный баланс должен быть основан на хорошем понимании возможностей и ограничений, которые накладывает болезнь. Помочь в этом семье смогут терпение, постепенно приобретаемые знания о болезни и лечении, поддержка специалистов и окружающих.

Семья как участник лечебного процесса.

Пройдя между Сциллой желания взять на себя всю полноту заботы о больном и Харибдой необходимости предоставить ему достаточную самостоятельность, семья становится полноценным и весьма важным участником лечебного процесса, со своими обязанностями, ответственностью, функциями.

Отметим некоторые *наиболее важные функции семьи в подобных условиях*:

- поддержка больного, сохранение у него чувства собственного достоинства;
- установление и поддержание партнерских отношений с лечащими врачами;
- помощь в отслеживании симптомов ухудшения и улучшения состояния. Родственникам рекомендуется регулярно вести (лучше вместе с пациентом) специальный дневник, в котором оцениваются симптомы ухудшения и улучшения (можно, например, по 5- или 10-и балльной шкале). Такой дневник помогает вовремя обращаться за помощью при обнаружении «тревожных» знаков. Он помогает также отслеживать действие лекарств;

- помощь в социализации и адаптации больного (в восстановлении его социальной роли в семье и вне семьи, в поддержании и установлении контактов, связей), в обретении самостоятельности;
 - помощь в преодолении жизненных трудностей и стрессов.
- Как правильнее себя вести с больным членом семьи?*

Для того чтобы лучше справляться со своими функциями, родственникам больного следует как можно больше узнать о психических заболеваниях и их лечении, быть в курсе всех проводимых лечебных мероприятий, регулярно общаться с лечащими врачами, задавать им вопросы. В результате у членов семьи больного формируется более реалистичный взгляд на происходящее, им легче становится установить с ним более тесный контакт, более доверительные отношения. Это не всегда бывает просто. Тем не менее, нужно стремиться:

- избегать споров с больным, не критиковать его по любому поводу, не пытаться с помощью манипуляций, угроз и шантажа чего-то от него добиться (например, заставить пойти на прием к врачу). Лучше честно и открыто высказывать свое мнение, например, о том, что те или иные проблемы связаны с проявлениями болезни и требуют лечения у специалистов. В случаях, когда обсуждение состояния здоровья не представляется возможным, семье предлагается больше времени уделять тому, что интересно всем ее членам, – чаще проводить время вместе, например, гуляя или развлекаясь.
- избегать завышенных требований к больному. Например, родственники могут полагать, что лучшее средство от болезни – работа и всячески подталкивать человека, только что выписавшегося из больницы, к такой активности. Важно помнить, что выздоровление – процесс постепенный и длительный, требующий терпения и от пациента, и от его окружения.
- иногда бывает полезно устанавливать определенные ограничения и правила, позволяющие обеспечить пациенту спокойствие и ощущение безопасности. Неоценимой может оказаться помощь по поддержанию оптимальной активности, контактов, планированию дня (особенно на этапе возвращения после госпитализации), определения обязанностей (например, «ты должен помогать по дому»). Постепенно мера ответственности и самостоятельности пациента может быть увеличена.
- Заботясь о близком человеке, помогая ему, членам семьи рекомендуется соблюдать принцип «быть вместе, но не вместо». Важно предоставить больному свое собственное личное пространство, поощряя его самостоятельность, привлекая его к участию в жизни семьи, разделяя с ним ответственность за принятие решений. Безграничное самоотречение и самопожертвование со стороны семьи в данном случае пользы не принесет никому. Здоровым членам семьи следует помнить, что их собственное благополучие принципиально важно: чем лучше они себя чувствуют, тем лучше живется не только им самим, но и больному. Поэтому следует предохранить себя от «выгорания». Чем больше заботы требуется больному, тем больше поддержки нужно ближайшим членам семьи. Можно попытаться распределить заботу о больном между несколькими родственниками. Можно найти помощь в группах поддержки, – общаться и обмениваться опытом с другими семьями, столкнувшимися с подобными трудностями.

Иногда бывает важно пояснить, что преподаватель понимает трудность выполнения некоторых рекомендаций. То, что предлагается — трудно, но не невозможно. Нужно начинать с «малого» и главное — стараться не останавливать движение, хотя, временами, различные обстоятельства (например, обострение) будут этому препятствовать. Последовательность и стойкость будут хорошим примером для больного.

Следует помнить, что семья пациента – полноценный и полноправный партнер лечебного процесса, бесценный ресурс помощи больному.

В заключение приведем выдержку из книги Кена Александра, активного члена одной из австралийских ассоциаций родственников больных шизофренией.

ЧЕТЫРНАДЦАТЬ ПРИНЦИПОВ ПОВЕДЕНИЯ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, В КОТОРОЙ ЕСТЬ БОЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ken Alexander, Melbourne, Australia ("Working Together", October 1999)

1. Имейте в виду, что шизофрения – не редкая болезнь. Она может казаться редкой, потому что о ней предпочитают молчать.
2. Постарайтесь узнать о шизофрении как можно больше и как можно скорее: об ее причинах, течении, исходе.
3. Никогда не становитесь мотыльком, крутящимся у пламени своей вины. Это может навсегда лишить Вас шанса справиться с ситуацией или уничтожить Вас самих. Освободитесь от бытующего мнения о том, что шизофрения возникает по вине родственников.
4. Ищите профессионалов, способных оказать реальную помощь. Определяйте их по способности к сочувствию, неформальному поведению, готовности видеть в Вас союзника, способности предоставить Вам возможность научиться понимать шизофрению и справляться с нею.
5. Свяжитесь с группой взаимной поддержки для родственников больных шизофренией.
6. Имейте в виду, что в отношении такой сложной болезни как шизофрения, наша природная интуиция часто бывает ненадежным помощником. Мы, родственники, нуждаемся в специальном обучении.
7. Постарайтесь понять, что, кроме самой болезни, составляет бремя семьи, где истоки все нарастающего гнета, к которому мы, родственники больных, приговорены.
8. Уделяйте большое внимание нуждам остальных членов семьи.
9. Примите во внимание, что безграничное и безоговорочное самопожертвование в интересах того, кто страдает шизофренией, губительно для эффективного ухода и возможности справиться с болезнью.
10. Знайте, что если Вы будете проводить очень много времени с больным шизофренией, это значительно ухудшит ситуацию.
11. Продолжайте общаться со своими друзьями и знакомыми, заводите новых, не бросайте свои обычные занятия и увлечения, особенно вне дома.
12. Постарайтесь утвердиться во мнении, что Вы и Ваш родственник – достаточно независимые люди.
13. Не удивляйтесь, если, в конце концов, обнаружится, что возможен и другой взгляд на вещи. Это и отличает родственников, которые справились с ситуацией, – они смогли взглянуть на все по-другому.
14. Позаботьтесь о самих себе.

Глава 13. Закон есть закон.

Психиатрия вынуждена заниматься не только чисто медицинскими, но и социальными, в том числе юридическими, вопросами. Они возникают по той причине, что в обществе происходит постоянное взаимодействие здоровых и больных людей. Болезнь влияет на их отношения, причем очень ощутимо. Например, существуют профессии, в которых роль «человеческого фактора» слишком велика; больного человека допускать к ним нельзя. Поведение больного может вызывать недоумение, беспокойство и даже страх. Здоровые люди могут не понимать, что неправильное поведение больного —

симптом его болезни, а не злонамеренность, и пытаются его воспитывать или наказывать. С другой стороны, больной может не понимать, что нездоров, и поэтому все меры, которые предпринимаются в связи с его болезнью, он воспринимает как ничем не оправданное насилие.

Общество должно позаботиться о том, чтобы больные, нуждающиеся в помощи, могли ее получить. Оно должно оградить себя от тех, чье поведение опасно. При этом необходимо помнить, что принимаемые меры могут ограничивать права больных людей; общество обязано заботиться о том, чтобы ограничения были достаточными, но не оказались излишне жесткими.

Соблюсти баланс между необходимостью как можно меньше ущемлять права одних членов общества (они ведь не виноваты в том, что заболели) и как можно лучше защищать покой и безопасность других (они тоже не виноваты в том, что существуют психические болезни) — труднейшая задача. Каждое общество создает для ее решения собственные правила. В разных странах эти правила разные, и со временем они сильно меняются. Однако главная тенденция этих изменений одинакова во всем цивилизованном мире: если когда-то вопрос о правах психически больных вообще не ставился, то сегодня необходимость их соблюдать ни у кого не вызывает сомнений.

В России — и в царской, и в советской, — никогда не было закона, который бы регламентировал порядок оказания психиатрической помощи и защищал права и интересы психически больных. «Закон о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», введенный в действие в 1993 году⁹, — первый в нашей истории. Впервые определено законом, что один только факт психической болезни никак не сказывается на объеме прав, которыми пользуются граждане России. В пункте 1 статьи 5 Закона о психиатрической помощи указано, что «лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан...», которые предусмотрены российской Конституцией. Подчеркнуто, что ущемление прав и свобод лишь на основании психиатрического диагноза, факта наблюдения в диспансере или госпитализации в психиатрическую больницу недопустимо. Лица, виновные в нарушении перечисленных положений, несут ответственность в соответствии с отечественным законодательством.

Этой же статьей предусмотрен перечень прав, которые должны быть обеспечены при оказании психиатрической помощи: уважительное и гуманное отношение к больному; право на информацию о характере имеющихся у него психических расстройств и методах лечения; право на все виды лечения, включая санаторно-курортное; право на помощь адвоката. Предусмотрено также право человека, страдающего психическим расстройством, обратиться к руководителю лечебного учреждения с просьбой пригласить для консультации любого специалиста, в помощи которого он, по его мнению, нуждается.

Еще совсем недавно любая организация, даже ЖЭК, могла обратиться в диспансер с запросом о том, состоит ли гражданин Иванов на психиатрическом учете. В случае положительного ответа этот несчастный Иванов испытывал на себе все ужасы социального отторжения вне зависимости от того, чем именно он болел.

«Психиатрического учета» больше не существует. Наиболее тяжелые больные находятся на диспансерном наблюдении; принципиальное отличие от прежнего «учета» заключается в том, что речь идет только о больных, которые нуждаются в диспансерном наблюдении *в данное время* (прежний «учет» был практически пожизненным). Как только состояние больного позволяет, он переводится в группу лиц, получающих лечебно-консультативную помощь. Это значит, что история болезни («карточка») сохраняется в регистратуре, и пациент, если ему нужно, имеет право обратиться к врачу

⁹ Полный текст Закона см. в Приложении

— как в поликлинике. Если он к врачу не обращается, значит, у него нет в этом надобности, и диспансер его не беспокоит.

Согласно действующему Закону о психиатрической помощи (статьи 8 и 9), ни одна организация и ни одно лицо не имеют права писать запросы о том, наблюдается ли такой-то гражданин в диспансере, а психиатрические учреждения не имеют права на такие запросы отвечать. Спрашивать об этом могут только органы суда и следствия, а также медицинские учреждения, если эта информация необходима для полноценного лечения или экспертизы. Другие организации могут только спросить, может ли данное лицо по состоянию своего здоровья выполнять ту или иную работу. Диспансер отвечает на этот конкретный вопрос («да» или «нет») вне всякой зависимости от того, наблюдался ли этот человек ранее в диспансере, и не сообщает никаких сведений о диагнозе, который, согласно статье 9 Закона, является медицинской тайной.

Между прочим, в связи с этим часто возникает ситуация, которая вызывает у родственников больного недовольство и недоумение. «Я спрашиваю, какой диагноз у моего сына, а врачи мне не говорят», — жалуются они. Врачи в подобном случае поступают правильно. Они должны информировать о болезни *только самого больного* (если, конечно, речь идет о взрослом дееспособном человеке), но решить, сообщить ли о своем диагнозе матери (или жене, или любому другому родственнику, или вообще кому бы то ни было), может только он сам. Врач не имеет права разглашать сведения, составляющие медицинскую тайну.

Важно, что Закон о психиатрической помощи точно регламентирует пребывание в психиатрическом стационаре (Статья 40). При необходимости лечь в больницу люди часто опасаются, что они или останутся в больнице навсегда, или будут выписаны очень нескоро. Во всяком случае, они уверены, что от них в этом смысле ничего не зависит. Действующий Закон о психиатрической помощи четко разъясняет ситуацию: если человек лег в психиатрическую больницу добровольно, он может выписаться в любой момент, как только этого захочет. Разумеется, нехорошо, если пациент решает выписаться раньше времени. Поэтому первый пункт этой статьи гласит, что человек выписывается тогда, когда лечение или обследование закончено. Но если, несмотря на незавершенность лечения, пациент настаивает на выписке, задерживать его в больнице нельзя, — это незаконно. В сущности, Закон подчеркивает, что в этом смысле нет никакой разницы между психиатрической больницей и любой другой. Ведь из всякой больницы разумнее всего выписаться тогда, когда лечение будет закончено.

Другое дело, что врач, естественно, может возражать против несвоевременной выписки и уговаривать больного не спешить домой. Эти уговоры не являются юридической процедурой, они происходят на уровне простых человеческих взаимоотношений. Это нормально. Пациент, однако, должен знать, что в любую минуту он может отказать от этих отношений и перевести беседу в пространство права, написав заявление с требованием выписки. В этом случае при отказе он сам или его законный представитель может обратиться в суд.

Нужно заметить, что Закон предусматривает возможность недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, поскольку бывают состояния, когда она абсолютно необходима (например, если больной опасен для окружающих или для себя самого). В этих случаях госпитализацию санкционирует суд. Может случиться, что пациент лег в больницу добровольно, но в стационаре его состояние ухудшилось настолько, что о выписке не может быть и речи, а больной все-таки на ней настаивает. Врачи могут вынести комиссионное решение о том, что госпитализация должна продолжаться на недобровольной основе. Окончательное решение в таком случае опять-таки принадлежит суду. В этих случаях выписка происходит после того, как состояние больного улучшилось, и суд согласился с возможностью прекратить недобровольное стационарирование.

Закон определяет не только порядок помещения больного в психиатрическую больницу и выписки из нее, но даже порядок психиатрического освидетельствования.

Осмотр человека психиатром — это не совсем то, что осмотр любым другим специалистом. Люди относятся к своему психическому здоровью гораздо более ревностно, чем к здоровью телесному. Кроме того, известны факты, когда родственники злоупотребляли психиатрическим диагнозом, поставленным одному из членов семьи. Все это заставило законодателей четко регламентировать правила такого осмотра (статьи 23 и 24). Согласно требованиям Закона психиатр может осмотреть человека только по его просьбе или с его согласия (в некоторых случаях — например, если речь идет о ребенке, — согласие дают родственники или законные представители). Прежде чем впервые осмотреть пациента, психиатр обязан представиться, сообщить ему свою профессию и получить согласие на осмотр.

Таково общее правило. Однако специфика психических заболеваний такова, что в некоторых случаях приходится пренебрегать правом человека отказаться от психиатрического осмотра. С этим ничего нельзя поделать, потому что иногда приходится защищать и самого больного, и окружающих, и общество в целом от возможных тяжелых последствий, к которым может привести психическое расстройство. Закон перечисляет все случаи, когда психиатр может осмотреть человека без его согласия. Таких случаев всего четыре: когда поведение больного очевидно опасно для окружающих или для него самого; когда человек беспомощен и может просто погибнуть, если ему не помочь; когда существует реальный риск резкого ухудшения состояния здоровья, если не оказать ему медицинскую помощь. Четвертый случай не относится к первичному осмотру. Согласие больного на осмотр не требуется, если он находится под диспансерным наблюдением.

Важно подчеркнуть, что врач самостоятельно принимает решение о недобровольном осмотре только в первом и последнем случае. В остальных случаях он должен получить разрешение судьи.

Разумеется, действующий закон несовершенен. Есть масса случаев, когда точное соблюдение его требований приводит к сложной ситуации, например, если больного очевидно нужно госпитализировать, а он отказывается, но никакой опасности ни для кого не представляет. Или если больного невозможно уговорить пойти к врачу, а врач без его согласия не может его осмотреть. Или больной не согласен с установленным ему диагнозом, не разрешает сообщать о нем родственниками, а те, не имея достаточной информации, не могут обеспечить необходимое лечение и помощь. Можно привести и другие примеры несовершенства закона.

Но никто и не утверждает, что действующий ныне закон идеален и принят раз и навсегда. Самое большое его достоинство заключается в самом его существовании, в том, что российское общество впервые в своей истории решило юридически обеспечить защиту прав психически больных. Совершенствование закона — наше общее дело. Чем больше мы будем думать об этом — тем лучше.

Заключение

В настоящем руководстве содержатся основные знания о наиболее распространенных психических заболеваниях, методах их лечения и реабилитации, о социальных проблемах, которые возникают в связи с психическими расстройствами, а также об общественном движении в области психического здоровья. Эти знания необходимы всем, кто столкнулся с психическим заболеванием непосредственно или косвенно. Особенно они важны для тех, кто уже понял, насколько знания облегчают жизнь, и решил помочь приобрести их другим.

Преподавание основ психиатрической грамотности не специалистами (то есть не медицинскими работниками и не психологами), а так называемыми пользователями психиатрической помощи имеет как положительные, так и отрицательные стороны.

Огромное его преимущество состоит в том, что преподавателем является человек, познавший все тяготы, с которыми столкнулись слушатели, и который научился так или иначе справляться с ними. Недостаток состоит в том, что знания такого преподавателя в области психиатрии неизбежно поверхностны, и если преподаватель недостаточно отдает себе в этом отчет, его деятельность может принести больше вреда, чем пользы.

Неспециалист, окончивший курсы, проводимые «Общественными инициативами в психиатрии» (или самостоятельно проработавший настоящее руководство), должен помнить, что его знания достаточны для того, чтобы отличать правду о психических заболеваниях от мифов; чтобы ориентироваться в классах психотропных препаратов и их назначении; чтобы вовремя распознавать признаки начинающегося обострения. Однако они совершенно недостаточны для того, чтобы ставить диагноз, рекомендовать лечение или консультировать больного.

Основная задача преподавателя-пользователя заключается не в том, чтобы учить слушателя психиатрии. Его цель – показать, что можно жить полноценной жизнью, несмотря на болезнь, и объяснить, что жизненная позиция, основанная на активности и знаниях, обеспечивает наилучший баланс между заботой о больном и о благополучии семьи в целом. Для осуществления этой цели личность преподавателя и его собственный опыт не менее важны, чем знания, приобретенные во время занятий или из учебника.

Чем искреннее слова преподавателя, чем больше он готов поделиться личным опытом, тем лучше его контакт со слушателями, тем более доверия он вызывает, тем больше побуждает слушателей к активной жизненной позиции.

Начиная работать, преподаватель сразу (и неизбежно) определяет свою роль в группе слушателей. И здесь очень важно не ошибиться. Главная неудача состоит в принятии роли «исповедника». Преподаватель-«исповедник» рискует утратить возможность управлять ходом семинара; скорее всего он превратится в бесконечный поток жалоб слушателей на невыносимую обстановку в семье, на безобразно организованную психиатрическую службу, на плохих врачей и т.д. Такой семинар не может дать позитивного результата, наоборот, слушатели покинут аудиторию, испытывая усталость, раздражение и разочарование.

Другой неудачей может оказаться роль лектора. Прочитать хорошую лекцию очень трудно. Одной только подготовки, пусть даже безукоризненной, недостаточно, тут необходим и опыт, и талант. Преподаватель-«лектор» обычно рискует, во-первых, утомить слушателей, во-вторых – больше их не увидеть.

Неудачной является и роль консультанта. Избрав для себя подобную роль, преподаватель неизбежно будет пытаться подменить собой профессионала, таковым не являясь. Достаточными для этого знаниями он не обладает, поэтому удельный вес ошибок может быть очень велик, и это совершенно недопустимо.

Поэтому единственно правильной для преподавателя является роль «дирижера». В этом случае преподаватель является «равным среди равных», отличаясь от слушателей только тем, что более образован, обладает большими знаниями и большим опытом. Это дает ему моральное право управлять ходом семинара. Естественно и дружелюбно, не сюсюкая, но и не поучая, преподаватель выполняет свою основную задачу – *стимулировать активность слушателей*, сохраняя обсуждение в рамках заданной темы. Преподаватель-«дирижер» заботится о том, чтобы все желающие имели возможность высказаться или задать вопрос; если высказывания кого-либо из них ошибочны, он постарается, чтобы остальные исправили ошибку в процессе обсуждения. Преподаватель-«дирижер» приложит все усилия к тому, чтобы слушатели сами пришли к нужному выводу, а не «выучили заданное».

Разумеется, преподаватель-«дирижер» должен заботиться о том, чтобы в группе возникла и сохранялась благоприятная атмосфера; например, он никогда не допустит, чтобы слушатели критиковали друг друга или подвергали друг друга насмешкам.

Преподаватель должен вести себя со слушателями как равный, но более сведущий. На это у него есть полное право. Однако ему не следует притворяться ни человеком, справившимся со всеми своими проблемами; ни непререкаемым авторитетом; ни, тем более, психотерапевтом. Если кто-то из слушателей обращается к преподавателю за консультацией, он должен вежливо объяснить, что индивидуальных консультаций не дает.

Достаточно объемные знания психиатрии, которые на протяжении многих часов преподносились будущему преподавателю-пользователю, необходимы по той простой причине, что только на основе обсуждения клиники и течения важнейших психических заболеваний и возможностей их лечения можно составить представление об истинном положении дел. Представление об исторических этапах развития психиатрии, об основных терминах, об основных закономерностях течения болезней, – все это не только расширяет кругозор, но и создает необходимую базу для содержательного и продуктивного обсуждения любых вопросов, которые могут возникнуть у слушателя, а в дальнейшем намного облегчают их контакты с врачами.

Люди, прошедшие цикл психиатрической грамотности, должны понимать, что ценность полученных знаний состоит в возможности более трезво оценивать заболевание, с которым они столкнулись; более своевременно и более точно распознавать болезненные симптомы; лучше описывать их врачу; яснее излагать врачу свои наблюдения о действии лекарственных препаратов. Однако эти знания не позволяют самостоятельно отменять себе (или своим подопечным) лекарства или решать за врача, каким препаратом лечиться.

Информация — это то, что в первую очередь необходимо семье, в которой кто-нибудь психически болен. Обладая достоверной информацией, семья ищет выход из создавшейся ситуации уверенно, зная, чего она добивается, а не бродит на ощупь в потемках.

После трехмесячного цикла занятий не все слушатели начнут хорошо разбираться в психиатрии и тем более применять свои знания на практике. Это не страшно. Важнее, чтобы слушатели научились понимать и поддерживать друг друга.

Однако главное — и именно к этому должен стремиться преподаватель — чтобы к концу цикла слушатели поняли ценность образования и стремились совершенствовать свою «психиатрическую грамотность».

И, наконец, самое последнее. Вместе гораздо легче и постигать азы психиатрии, и добиваться любой другой цели. Поэтому объединение в сообщество может оказать неоценимую помощь и в нахождении необходимой литературы, и в организации образовательных программ, и в приглашении профессионалов на «вечера вопросов и ответов», и в попытках улучшить качество лечения и реабилитации психически больных.

Рекомендованная литература:

1. Виктор Франкл. Человек в поисках смысла. Москва, «Прогресс», 1990 г.
2. Э. Фуллер Тори. Шизофрения: Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Москва, 1996.
3. Ребекка Вулис. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников. «Нолидж», Москва, 1998.
4. Владимир Леви. Искусство быть собой. «Торбоан», Москва, 2002.
5. Владимир Леви. Искусство быть другим. Общение и понимание. «Торбоан», Москва, 2003.
6. Ротштейн В.Г. Психиатрия: наука или искусство? «Век-2», Москва, 2003
7. Аргунова Ю.Н. Права граждан с психическими расстройствами (вопросы и ответы). Независимая психиатрическая ассоциация России. Издание 2-е, переработанное и дополненное. М., Фолиум, 2007.

Приложения:

Приложение 1. Игры и упражнения

1. Упражнение «Растопите лед». В течение 10-15 минут слушатели свободно расхаживают по аудитории, объединяясь на 2-3 минуты в группы по 3-4 человека, в которых знакомятся. Основное правило: не разрешается слишком долго оставаться в одной группе.
2. Упражнение «Поймай мое имя». Преподаватель должен запастись двумя-тремя маленькими подушками, в зависимости от числа слушателей. Для данного упражнения они должны разделиться на группы по 5-6 человек, и каждая из них должна иметь подушку. Участники каждой группы становятся в круг и 10-15 минут перебрасываются подушкой. Тот, кто бросает подушку, называет свое имя, а остальные участники стараются его запомнить.
3. Упражнение «Пойми меня» также требует подготовки. Преподаватель приносит два крупных несложных бессюжетных рисунка (например, квадраты или круги, определенным образом пересекающие друг друга), а также достаточное количество бумаги и карандашей. Участники разбиваются на пары, которые садятся спиной друг к другу так, чтобы один из них видел рисунок. В течение 10-15 минут он описывает рисунок своему напарнику, а тот старается воспроизвести его на бумаге как можно точнее. Потом участники пары меняются местами, а преподаватель предлагает другой рисунок. Цель упражнения — во-первых, научиться точно формулировать свои мысли; во-вторых, научиться понимать напарника. Результат зависит от совместных усилий партнеров. Преподаватель может премировать наиболее успешные пары, награждая их шутивными призами.
4. Упражнение «Шахматы». Преподаватель приписывает каждому из присутствующих (втайне от других) роль определенной шахматной фигуры. Участники должны расположиться в аудитории таким образом, чтобы это соответствовало обычной расстановке фигур на шахматной доске. Общаться друг с другом разрешается только жестами. По окончании проводится обсуждение совершенных ошибок. Цель упражнения — точно такая же, как и у предыдущего.
5. Упражнение «У меня есть такая штучка...» Участники садятся в круг (10-15 человек). Если слушателей больше, они образуют две группы. Каждый высказывается по очереди, начиная свою речь словами «у меня есть такая штучка». Дальше он должен чем-нибудь похвастать, например, тем, какая у него умная собака, интереснейшая книга или тем, что он очень хорошо умеет что-то делать. Хвастать можно чем угодно, стараясь, однако, придумать что-то свое, не повторяя высказывания предшествующих участников. Цель упражнения — заставить каждого участника вспомнить, чем хорошим (предметом или качеством) он обладает и таким образом поднять его самооценку.
6. Упражнение «Партнеры». Поскольку предполагается, что занятия с родственниками больных будут вести два преподавателя (пользователь психиатрической службы и профессионал), перед обоими возникнет задача достичь взаимопонимания и адекватного распределения ролей. Упражнение проводится в группах по 3-4 человека. Один из участников играет роль профессионала, другой — роль его партнера (потребителя психиатрической помощи). Один или два других участника являются наблюдателями, в задачу которых входит анализ успехов и ошибок. Последний этап упражнения — обсуждение поведения «профессионала» и «потребителя» на основании отчетов наблюдателей. Очень важная задача упражнения — помочь потребителю понять разницу в исходных позициях профессионала и потребителя помощи. Цель упражнения — выявить расхождения в точках зрения, научиться работать в подобном партнерстве и находить необходимые компромиссы.
7. Упражнение «Главный врач». Упражнение проводится в таких же группах, как и предыдущее. Один из участников играет роль главного врача психоневрологического

диспансера, второй – преподавателя психиатрической грамотности, который намерен организовать соответствующий образовательный цикл в данном диспансере. «Главный врач» настроен скептически, он не уверен в целесообразности такой работы и не доверяет ее организацию потребителю помощи. Задача второго участника упражнения – убедить «главного врача» в разумности и обоснованности своих намерений. Как и в предыдущем упражнении, наблюдатель излагает свои впечатления в процессе общего обсуждения.

8. Упражнение «Тронная речь». Необходимо предупредить участников, что с этого упражнения начнется следующее занятие, так как они должны к нему подготовиться. «Тронная речь» представляет собой имитацию выступления преподавателя на первом занятии, когда он должен объяснить новым слушателям смысл предстоящих занятий. Все участники группы по очереди произносят подготовленную дома речь, остальные играют роль потребителей помощи, впервые собравшихся на занятие. Цель упражнения — тренировка коммуникативных способностей будущих преподавателей.

9. Упражнение «Трудный слушатель». Будущие преподаватели должны быть готовы к тому, что в их группе найдется человек, чье поведение будет деструктивным. Нужно уметь корректировать подобное поведение, не допуская, чтобы оно повлияло на ход занятия. Слушатели разделяются на небольшие группы по 6-8 человек. Один из них играет роль «трудного», причем в группах должны быть разные типы: «скептик», «всезнайка», «нытик», «пессимист». Преподаватель может, исходя из своего опыта, формулировать и другие образы трудного слушателя. Желательно, чтобы в каждой группе был «наблюдатель», который не участвует в дискуссии, но во время общего обсуждения рассказывает о своих впечатлениях. Группа начинает имитировать занятие на определенную тему, а тот, кому поручена роль трудного слушателя, начинает вести себя в соответствии с заданным образом, мешая занятию. Если группа небольшая и разделить ее на подгруппы невозможно, упражнение может повторяться на протяжении нескольких занятий. Цель – тренировка способности группы нейтрализовать деструктивное поведение.

10. Упражнение «Сказка». Слушатели должны быть предупреждены о нем заранее, чтобы иметь возможность подготовиться. Участникам предлагается придумать небольшую сказку, в основе сюжета которой лежит их личная проблема. Сказка должна иметь «счастливый конец». На занятии каждый по очереди зачитывает подготовленный текст. Смысл этого упражнения состоит, во-первых, в том, чтобы показать слушателям один из способов, с помощью которых легче делиться своими проблемами, во-вторых, – учиться позитивному мышлению.

Приложение 2. ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психическое расстройство может изменять отношение человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, нанести ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина,

Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

РАЗДЕЛ 1

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Ст а т ь я 1.

Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Ст а т ь я 2.

Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Ст а т ь я 3.

Применение Настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Ст а т ь я 4.

Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по

просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Ст а т ь я 5.

Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Ст а т ь я 6.

Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет и с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятель-

ности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Ст а т ь я 7.

Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

(1) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов, Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия - администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой статьи 23 и пунктом "а" статьи 29 настоящего Закона.

Ст а т ь я 8.

Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром допускаются в случаях, установленных законами Российской Федерации

Ст а т ь я 9.

Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи. '

Ст а т ь я 10.

Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религи-

озными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Статья 11.

Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12.

Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеют право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи II настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные последствия прекращения лечения. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его Законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13.

Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленном Уголовным кодексом РСФСР и Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или на пенсию на общих основаниях.

Статья 14.

Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным и гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15.

Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных Сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел определяются настоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

РАЗДЕЛ II

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья 16.

Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

С т а т ь я 17.

Финансирование психиатрической помощи

Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

РАЗДЕЛ III

УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

С т а т ь я 18.

Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующим врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19.

Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20.

Права и обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21.

Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22.

Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

РАЗДЕЛ IV

ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Ст а т ь я 23.

Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи,

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом "а" части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Ст а т ь я 24.

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом "а" части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о Психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Статья 25.

Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, Предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона. '

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами "б" и "в" части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр, в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26.

Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе

или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27.

Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями,

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской Документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического, состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар прово-

дится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

. (5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29.

Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30.

Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, и осуществляются при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР "О милиции".

Статья 31.

Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию—комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении

госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стационара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32.

Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов, комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом, стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33.

Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34.

Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35.

Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36.

Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев, с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33-35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37.

Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибуты и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38.

Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Статья 39.

Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечить находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность нахождения в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40.

Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32—36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41.

Основания и порядок помещения лиц в психоневрологические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишаящего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для Социального обеспе-

чения, а в отношении дееспособного лица — также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психоневрологические учреждения для социального обеспечения.

Статья 42.

Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психоневрологическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психоневрологическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43.

Права лиц, проживающих в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44.

Перевод и выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психоневрологическом учреждении.

(2) Выписка из психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

РАЗДЕЛ V

КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 45.

Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации) автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46.

Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

РАЗДЕЛ VI

ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47.

Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня,

когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48.

Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24* Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49.

Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24* Гражданского процессуального кодекса РСФСР.

Статья 50.

Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Президент Российской Федерации

Б. ЕЛЬЦИН

Москва, Дом Советов России. 2 июля 1992 года. №3185-1

Приложение 3 Полезные ссылки

в Интернете:

- www.pandepress.ru: сайт содержит много полезной информации, включая все выпуски информационного бюллетеня «Катерина», начиная с 2000 г.
- www.psychiatry.ru: сайт Научного центра психического здоровья, раздел «неспециалистам».
- www.klub-vp.narod.ru: сайт «Клуба взаимной поддержки»
- www.kwota.ru: сайт Отдела по трудовой адаптации инвалидов департамента г. Москвы (информационный ресурс)

Важные телефоны:

- Скорая психиатрическая помощь – 625-31-01
- Дежурный психиатр г.Москвы – 925-31-01
- Служба спасения – 937-99-11
- Горячая линия по лекарственному обеспечению Департамента здравоохранения г.Москвы – 251-14-55
- Проблемы отношения к пациентам, обслуживания в больницах (Департамент Здравоохранения г.Москвы) – 251 – 83-00, 623-46-36
- Московская городская психологическая служба (телефон доверия, консультации психологов) – 173-09-09
- Центр профориентации и психологической поддержки безработных граждан и незанятого населения г. Москвы (помощь в составлении резюме и т.д..) –173-67-90, . 424 –04-33, 171-85-75
- Всероссийский научно-практический центр профориентации и психологической поддержки министерства труда и социального развития – 264-63-45
- Центр профориентационного и психологического тестирования в МГУ им.М.В.Ломоносова –203-66-28